Rok XLVIII. Kraków, dnia 29. maja 1909. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie nawykowego zaparcia stolca.

Przyczynki kliniczne i doświadczalne.

Podał

Prof. E. Biernacki.

Pytanie co do pochodzenia, mechanizmu, a poniekąd i znaczenia patologicznego nawykowego zaparcia stolca, zdaje się, dalekiem jest jeszcze od jednolitego pojmowania, przynajmniej od pojmowania, podzielanego przez większość badaczy i lekarzy. Zapewne — chyba już zupełnie minęły czasy, kiedy zaparcie przewlekłe było wyrazem i następstwem »kataru« (nieżytu) jelita grubego; nie mówi się także w obecnych czasach wiele albo zupełnie się nie mówi o pierwotnych zmianach w narządzie ruchowym jelit (zanik warstwy mięsnej, zmiany zwojów nerwowych w jelicie — jedno i drugie, według przypuszczeń Nothnagla), jako powszechnej i podstawowej przyczynie zaparcia. Z drugiej strony nie często teraz spotkamy lekarzy, dla których — co było bardzo pospolite jeszcze przed 20—25 laty, — zaparcie nawykowe przedstawia się jako zasadnicza szkodliwość chorobowa, punkt wyjścia mnóstwa stanów patologicznych, przedewszystkiem i najpewniej hypochondryi, — nerwowości, chorób serca i naczyń itd. Rolę zaparcia nawykowego przejęło w dobie naszej w tym względzie, — że zauważymy ubocznie — dla dość wielu »gnicie kiszkowe«, albo »samozatrucie« z przewodu pokarmowego [1]).

Wnioski Ad. Schmidta [2]), według którego przyczyną podstawową zaparcia przewlekłego jest zbyt dobre przyswajanie pokarmu w narządzie trawienia i warunkowane przez to zmniejszenie bodźców ruchowych dla ściany jelit — najnowsze wystąpienie Boasa [3]) przeciw istnieniu zaparcia kurczowego — postaci chorobowej, pozornie jak najlepiej ustalonej w ostatniem dziesięcioleciu wskazują same przez się, jak mocne rozbieżności istnieją dotychczas w nauce o zaparciu nawykowem.

Przypomnijmy kilka szczegółów. Punktem zwrotnym w poglądach nowoczesnych na zaburzenie omawiane była rozprawa z r. 1890 niedawno zmarłego Dunina [4]). W tej żywo napisanej, dotychczas bardzo godnej czytania pracy, Dunin przedewszystkiem energicznie zaprzeczał wielkiego znaczenia patologicznego zaparcia stolca, co w owych czasach do pewnego stopnia jeszcze trąciło herezyą. Objawy nerwowe, zwykle istniejące przy zaparciu, — wywodził Dunin — to nie jest bynajmniej następstwo zaparcia, ale — genetycznie — jego poprzednik; czyli zaparcie bynajmniej nie jest przyczyną przypadłości nerwowych, ale ich skutkiem. Pomijając naturalnie przypadki zaparcia, pochodzenia czysto mechanicznego (zwężenia, zrosty, zgięcia jelita) prawidłowo jest ono wyrazem i następstwem neurastenii, wzgl. histeroneurastenii.

Tak brzmiała myśl podstawowa Dunina. Zapewne już przed nim wspominano tu i owdzie (szczególnie Strümpell), że zaparcie nawykowe może się rozwinąć »na gruncie« nerwowości, neurastenii i t. p. Dunin jednak, jako pierwszy, skupił światło w tym kierunku, podnosząc jednocześnie wtórność zaparcia nawykowego, jako zaburzenia zasadniczo niezależnego od stanu anatomicznego jelit. W porównaniu z neurastenią wszelkie inne czynniki posiadały dla Dunina znaczenie drugorzędne; np. nie za wysoko cenił on w tym względzie opadnięcie jelit, obniżenie, ewentualne zagięcie jelita grubego — zmiany, które przed laty dwudziestu także niektórzy chcieli uważać za powszechną, podstawową przyczynę zaparcia, i które w przypadkach konkretnych niezawodnie mogą odgrywać pewną rolę. Według Dunina stany te o tyle są warunkiem zaparcia, o ile jednocześnie jest wspólną neurastenia.

Faktem jest, że dopiero od czasów pracy Dunina — nazwisko jego już wypadło z dyskusyi — zaczęto powszechniej mówić i rozważać rolę »nerwów«, w szczególności neurastenii przy powstawaniu cierpienia omawianego. Faktem jest zarazem, że etyologia tego zaburzenia — pomijając nawet postacie pochodzenia mechanicznego — nie wyczerpuje się tak dosłownie pojęciem »neurastenii«. A więc np. w jednej blizko mi znanej rodzinie szereg członków (bracia i siostry) prawie od dzieciństwa miewa wypróżnienia w postaci twardych, okrągławych, wielkości orzecha laskowego kawałków kału, ledwie co 2—4 dni; oprócz jednak pewnej dokuczliwości miejscowej osoby te nie cierpią na żadne

[1]) Por. mój artykuł: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach. Lwowski Tygodn. lekarski, 1908 Nr. 3 i 4.

[2]) Ad. Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost. Wydanie drugie. Wiesbaden 1908. Nr. 70—77.

[3]) Boas: Giebt es eine spastische Obstipation? Medizin. Klinik, 1908, Nr. 39.

[4]) Dunin: O habitualnem zaparciu stolca. Odczyty kliniczne. 1890. Nr. 24. Przedruk: »Prace i spostrzeżenia dokonane w oddziele terapeutycznym dra med. Teodora Dunina«. Warszawa 1896. Berliner Klinik. 1891. Nr. 34.

zaburzenia, nie mają żadnych objawów histeryi czy neurastenii, wogóle czują się zupełnie zdrowe. »Najgorszą« chorobą jest dla nich właśnie środek czyszczący, po którym różnego rodzaju dolegliwości, czyszczenia czy kolki trwać potrafią 10—14 dni.

Tego rodzaju przykłady wrodzonej opieszałości stolca zna niemal każdy praktyk: są to, zresztą, zjawiska mniejszego znaczenia. Bardziej pouczającym jest fakt, iż zaparcie stolca wielokrotnie rozwija się wraz z wystąpieniem objawów skazy moczanowej—bolów w stawach i członkach, zmian w moczu i t. d.[5]). Obraz kliniczny tego zaparcia bywa różny: w jednym przypadku mamy do czynienia ze zwykłą opieszałością stolca, na którą chóry niewiele zwraca uwagi, — w przypadku drugim dołączają się doń okresowo, czy bardziej stale, objawy błonicy śluzowatej jelit (*colica mucosa* wzgl. *enteritis membranacea*). Objawy ostatnie mogą nawet w skargach chorego dominować nad objawami zaparcia; znów kiedyindziej uporczywe zaparcie wraz z silnem przygnębieniem, nastrojem hypochondrycznym, a także wydzielaniem śluzu z kiszki prostej przychodzi bardziej napadowo. Właśnie w tego rodzaju przypadkach chorzy najbardziej są skłonni do upatrywania całej choroby w zaparciu, szczególnie jeśli mniej są rozwinięte pospolite objawy skazy moczanowej (dny).

Wraz z zaparciem albo i bez niego chorzy dnawi wcale często wykazują różne nerwowe (neurasteniczne) objawy: w poszczególnych przypadkach jest ich tyle, że neuropatolog-specyalista niechybnie rozpozna »neurastenię«. Tą drogą powstaje ogniwo łączne pomiędzy neurastenią a skazą moczanową, jako przyczynami zaparcia nawykowego, ogniwo, pozornie bardzo luźne. Łączność wewnętrzna istnieje jednak tutaj dla każdego, kto, jak autor pracy niniejszej [6]), jest w zupełności przeświadczony, iż nie istnieje neurastenia, czy histeroneurastenia, czy nerwica ogólna, zarazem nie istnieje łańcuch objawów, powstających na drodze psychologicznej (samopoddawanie), póki nie istnieje zaburzenie oksydacyi ustrojowych i połączona z niem zmiana odżywiania ośrodków nerwowych.

A więc należy właściwie sformułować następujące zdanie: pomijając przypadki pochodzenia czysto mechanicznego, nawykowe zaparcie stolca rozwija się prawidłowo na gruncie ogólnego zaburzenia przemiany, jest jego wyrazem i następstwem. Przytem jest prawdą zupełną, że chorzy, radzący się lekarza z powodu przewlekłego zaparcia, przedstawiają jednocześnie różne objawy nerwowe (histero-neurasteniczne), wzgl., że właśnie ci chorzy najwięcej sobie robią ze swego zaparcia i radzą się lekarza (nie tylko jednego!), którzy wraz z zaparciem mają dużo dolegliwości »nerwowych«.

[5]) Por. moją pracę: »W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej«. Gazeta lekarska, 1909. Nr. 1. Wiener mediz. Wochenschrift, 1909. Nr. 8.

[6]) Por. pracę moją: Etyologia nerwic czynnościowych, Krytyka lekarska. 1897. Nr. 12. Neurolog. Zentralblatt, 1898. Także w innych miejscach, w szczególności: W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. Medycyna. 1902.

(Dok. nast.).

Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą [1]).

Podał **Dr W. Puławski** (z Radziejowa gub. Warszawska).

W ciągu roku ubiegłego 1908 spostrzegałem 25 przypadków płonicy, leczonej surowicą; wśród nich beznadziejnych od chwili wybuchu choroby było trzy i wszystkie one zakończyły się śmiercią (patrz tablicę I); przypadków ciężkich było 12, a lżejszych i średnich 10, wszystkie skończyły się wyzdrowieniem. Trzykrotnie zastosowałem surowicę zapobiegawczo: u chłopca lat 11 w ilości 20 cm³ u dziewczyny lat 5 i chłopca lat 2 po 10 cm³ zawsze ze skutkiem dodatnim, t. j. u dzieci tych płonica nie wystąpiła, mimo, że w każdej rodzinie było już po kilkoro dzieci chorych i to ciężko z przypadkami śmierci. W pierwszym przypadku w dniu piątym po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, rzadka, blada, nie zlewająca się, nie swędząca, wędrująca po powierzchni w ciągu trzech dni bez zwyżki ciepłoty i bez innych jakichkolwiekbądź dolegliwości; w dwóch ostatnich przypadkach wstrzyknięcie nie wywołało ani wysypki, ani zgoła żadnych objawów posurowiczych. Te trzy przypadki nie są do szeregu statystycznego włączone.

Przebieg kliniczny przypadków spostrzeganych niczem nie różnił się od przebiegu przedtem ogłoszonych przezemnie 69 przypadków, dlatego też uważam za właściwe nie obciążać niniejszej notatki szczegółowymi opisami każdego poszczególnego przypadku, przystępując odrazu do ugrupowania tej seryi spostrzeżeń stosownie do przyjętych przezemnie poprzednio prawideł.

I. Co do płci: chłopców 12; dziewcząt 13.

II. Co do wieku:

1—2 = 3	5—6 = 3	9—10 = 2
2—3 = 2	6—7 = 2	12—13 = 1
3—4 = 4	7—8 = 2	13—14 = 1
4—5 = 2	8—9 = 3	

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

1—2	5—2
2—3	6—3
3—7	7—1
4—6	8—1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

10 cm³	— 2
20 »	— 7
30 »	— 3
40 »	— 12
60 »	— 1

Wśród nich w ośmiu przypadkach z rozległem błonicowatem zapaleniem gardła wstrzykiwano również i surowicę przeciwbłoniczą w kombinacyach następujących:

20 cm³ + 1000 J. ochr. = 1	40 cm³ + 2000 J. ochr. = 2
20 » + 2000 » » = 2	50 » + 2000 » » = 1
30 » + 2000 » » = 2	

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 10
2) dwukrotnie 14
3) trzykrotnie 1

[1]) Patrz Czas. Lek. T. IX. R. 1907. Nr 11. Str. 352—361 i Dent. medizin. Wochenschr. R. 1908 Nr 5. 203.

VI. Białkomocz spostrzegano w dwóch przypadkach, co stanowi 9% ogólnej liczby z wyłączeniem śmiertelnych.

VII. Przypadki śmiertelne w rodzinach najbliższych przed zachorowaniem spostrzeganych chorych były w 12 przypadkach, co stanowi 48% ogólnej liczby.

VIII. Wysypkę posurowiczą spostrzegano w 10 przypadkach, co stanowi 45% ogólnej liczby, po wyłączeniu śmiertelnych. Wysypka zjawiała się pomiędzy 5 a 12 dniem po wstrzyknięciu jedynie tylko w postaci pokrzywki, najczęściej pojedynczej, nie zlewającej się, wędrującej po powierzchni skóry w ciągu jednego do trzech dni. Przeważnie była ona wcale lub tylko mało swędząca i bez towarzyszenia jakichkolwiek innych niemiłych objawów.

IX. Co do przypadków śmiertelnych:

Tablica I.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy	Ilość dawek	Na który dzień choroby wstrzyk.	Dzień śmierci	Uwagi.
1.	Z.	13	60 cm³	2	3 i 4	5	T. 136 niemiarowe; C. 38,4; nieprzytomność, bredzenie, rzucanie się; źrenice zwężone bez odczynu; chwilami zez rozbieżny i drgawki w mięśniach twarzy. Skóra żółtaczkowo sinicza, na kończynach marmurkowata; zajęcie gardła i gruczołów umiarkowane. Wstrzyknięcie: ol. kamfor. oraz surowicy bez odczynu.
2	M.	5¹/₂	20 cm³ + 2000 J. o.	2	5	6	T. 150 nitkowate; C. 38,9; prostracya, senność; źrenice prawidłowe oddziaływają słabo; b. rozległe błonicowate zmiany gardła i gruczoły b. silnie powiększone i stwardniałe. Inanitio, rachitis. Wysypka b. obfita, sina, na kończynach marmurkowata z odcieniem żółtaczkowym. Wstrz. ol. kamfor. przy odczynie słabym.
3.	Z.	1¹/₂	40 cm³ + 2000 J. o.	2	2 i 4	6	T. 168 nitkowate; C. 39·5; dobrze odżywiona, tłusta. Podniecenie, odczyn przy wstrzyknięciu b. żywy; zmiany gardła b. rozległe i gruczoły nadzwyczaj powiększone, zlewające się w twarde konglomeraty; obrzęki w gardle; wysypka sina, na kończynach marmurkowata, żółtaczk.

X. Współcześnie spostrzegałem 20 przypadków płonicy, dla różnych powodów nie leczonej surowicą; wśród nich ciężkich było 15, z których 12 zmarło. Te przypadki śmiertelne zestawiłem w następującej tablicy (patrz Tab. II.).

XI. Zestawiając otrzymane dane liczbowe w tablicę i porównywając z danemi, poprzednio ogłoszonemi (patrz wyżej l. c.), widzimy (patrz Tab. III):

Do przedstawionych tu danych uważam za konieczne dodać następujące wyjaśnienia:

1) Spostrzegana epidemia płonicy nie objęła większej przestrzeni okolicy i skutkiem tego nie dała sposobności spostrzegania większej liczby przypadków; cechowała się

Tablica II.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Na który dzień choroby nastąpiła śmierć	Powikłania lub objawy przedśmiertne	Uwagi.
1.	M.	6	18	nephritis, uraemia, oedema pulmonum.	Objawy początkowe, a niekiedy i przebieg kliniczny w pierwszym tygodniu, były albo zupełnie lekkie lub też średnio ciężkie, wzbudzające wszelką nadzieję co do dobrotliwości dalszego przebiegu.
2.	M.	4	9	rozlana angina diphtheroides; gruczoły b. wielkie i twarde, sepsis univ.	
3.	M.	2	15	lymphadenitis abscedens colli rozlane, obustronne, w śródpiersiu (?)	
4.	Z.	5	16	nephritis, uraemia, oedema pulmon.	
5.	Z.	3	10	lymphadenitis colli abscedens obustr.; sepsis univ.	
6.	M.	5	22	nephritis, uraemia, oedema pulmonum.	
7.	Z.	1¹/₂	15	pneumonia catarrhalis, objawy meningitis ante mortem.	
8.	M.	2	8	lymphadenitis colli sinistra abscedens, sepsis universalis.	
9.	M.	2	4	meningitis	Od samego początku choroby bardzo ciężkie lub beznadziejne.
10.	M.	1¹/₂	3	meningitis	
11.	Z.	2	5	sepsis, coma	
12.	Z.	11	2	meningitis, prostratio, coma.	

Tablica III.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków	Ditto w %	Ilość przypadków ciężkich	Ditto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1904—1907	48	20	41,6	28	58	71	Leczenie zwykłe
1908	20	12	60	15	75	80	
1904—1908	68	32	47	43	63	74	
1904—1907	69	10	14,5	35	50,7	28	Leczenie surowicą
1908	25	3	12	15	60	20	
1904—1908	94	13	13,8	50	53	26	

natomiast złośliwością przebiegu, połączonego często z powikłaniami, bardzo groźnemi i śmiertelnemi, występującemi zaraz na początku choroby, jak błonicowate zapalenie gardła, rozległe i złośliwe, zapalenie opon i prostracya przy niedającym się podnieść upadku sił, lub też z powikłaniami, równie groźnemi, lecz występującemi później, jak zapalenie nerek z mocznicą lub zropienie rozległe obustronne wszyst-

kich gruczołów szyjnych z następczem zakażeniem krwi ogólnem septycznem, pomimo początkowych objawów choroby łagodnych i wzbudzających zupełną nadzieję przebiegu pomyślnego. Od Nowego Roku miałem już tylko cztery przypadki płonicy, leczonej surowicą; trzy z nich bardzo ciężkie z nader pomyślnym i efektownym skutkiem dodatnim; przypadki te, jako jeszcze znajdujące się w obserwacyi, do szeregu statystycznego w niniejszem sprawozdaniu nie zostały włączone.

2) Surowica przeciwpłonicza, stosowana przezemnie pochodziła z pracowni Prof. O. Bujwida w Krakowie. Używane były serye następujące: 1) z dnia 11. II. 08. 2) 29. II. 08. 3) 28. IX. 08. 4) 9. XI. 08. Różnicy w działaniu poszczególnych seryi nie dostrzegłem; surowica, stojąca we flaszeczkach dłużej, np. 4 do 6 miesięcy, działa łagodniej.

3) Wnioski, wyprowadzone przezemnie poprzednio (patrz l. c.), utrzymują się w zupełności w swej sile, co stanowi dla mnie tem większą zachętę i bodziec do stosowania surowicy przeciwpłoniczej i nadal, a otrzymane w przyszłości wyniki będę się starał również do szerszej wiadomości podać.

4) W ośmiu przypadkach z powodu rozległego i złośliwego błonicowatego zapalenia gardła, które w trzech przypadkach wystąpiły na cały prawie tydzień przed wysypką płoniczą, zastosowałem leczenie skombinowane surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. W dwóch przypadkach nie uzyskałem żadnego wyniku dodatniego, w sześciu zaś skutek był nader pomyślny, efektowny, uderzający szybkością swą zarówno otoczenie chorego, jak i kolegów, z którymi przypadki te wspólnie leczyłem.

5) Co się tyczy skali, według której dzielę spostrzegane przypadki na grupy, to trzymam się następującego podziału: 1) beznadziejne, 2) ciężkie, 3) średnie i 4) lekkie. W danych liczbowych pierwsze dwie grupy łączę w jedną i pod nazwą: »przypadków ciężkich« wyróżniam z pośród całego szeregu spostrzeżeń. Sądzę, że upraszcza to rubryki, zmniejszając ich liczbę, a przy niewyłączaniu przypadków beznadziejnych z szeregu ogólnego nie zmienia (resp. nie zmniejsza) sztucznie ostatecznego wyniku co do procentu śmiertelności i t. p. Podział grup, zależnie od stawianego w danej chwili rokowania, wydaje mi się mniej praktycznym i odpowiednim, wiadomem jest bowiem powszechnie, jak zwodnicze jest przy płonicy rokowanie nawet w przypadkach, pozornie najlżejszych, a przeto ten punkt wyjścia mógłby dać najwięcej niespodzianek, niepożądanych dla spostrzeżeń, mających wejść w szeregi statystyczne, z których następnie oczekiwać należy wniosków i uogólnień w tym lub owym kierunku. Przy zbieraniu zaś danych statystycznych pierwszą konieczną ostrożnością musi być unikanie grupowania faktów analogicznych na błędnem założeniu podstawowem, gdyż tylko w ten sposób, w miarę powiększania się liczbowych danych, zdołamy doprowadzić do możliwego minimum wahania różnych niedokładności, jakie z natury rzeczy każda statystyka wogóle posiadać musi.

Oceny i sprawozdania.

Józef Skłodowski. **O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.** (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«, Nr 208 do 209, Serya XVIII). Warszawa, 1909.

Pobudką do tej pracy były dla autora cztery przypadki nacięcia nerek, operowane przez ś. p. Dra Władysława Krajewskiego z powodu kamicy. W stosunku do dzisiejszych wymagań spostrzeżenia te, pozostawiają, jak sam autor podnosi, wiele do życzenia, bo tylko w jednem z nich wykonano zdjęcie rentgenowskie, a w żadnem nie zastosowano nowoczesnych sposobów badania sprawności nerek, i dlatego też w przypadku czwartym stało się to nawet powodem bardzo przykrej pomyłki, bo wycięcia jedynej nerki czynnej. Uwagi krytyczne autora mają bardzo wielką wartość, albowiem wypowiada je autor jako internista, uznający jednak w zupełności potrzebę operacyjnego leczenia nadających się do tego schorzeń.

Autor zajmuje się jedynie sprawą rozpoznawania i wskazań do operacyi przy kamicy nerkowej niepowikłanej, niejako jałowej. Kamica nerkowa nie jest cierpieniem »par excellence« chirurgicznem. Nawet Israel twierdzi, że nie należy operować przypadków, gdzie częstym kolkom prawie zawsze towarzyszy odchodzenie drobnych kamyczków, a w przerwach chory nie uczuwa żadnych dolegliwości i oddaje mocz jasny i jałowy. Mianem kamicy obejmujemy wszelkie złogi i osady nerkowe, co wiedzie do zamieszania, gdyż niektórzy przez kamicę rozumieją, i to słusznie, jedynie obecność większych kamyków w nerce. Objawy kamicy nerkowej są zmienne. Należą tutaj bole, często napadowe, objawy podrażnienia otrzewnej, zmiany w moczu, niekiedy krew w moczu i t. p. Nerka nie bywa powiększona, lecz często bywa tkliwa, albo nawet bolesna przy obmacywaniu. Większą pewność rozpoznawczą daje badanie cystoskopem i cewnikami moczowodowymi i badanie rentgenograficzne, choć i to nie jest wolne od wad i do błędnych wniosków doprowadzić może. Przypadłości przy kamicy nerkowej zależą w znacznej mierze od wielkości kamienia. Gdy kamień przekroczy wielkość fasoli, wówczas sam z nerki odejść nie może. Oczywiście i mniejsze kamienie mogą być uwięzione ze względu na swe siedlisko (n. p. w głębi kielicha, w miąższu nerki i t. p.). Kamień uwięziony daje zwykle objawy stałe, i obecność jego napewno stwierdzona jest wskazaniem do operacyi, zwłaszcza, jeżeli w moczu pojawia się krew. Bole w nerce, nawet o typie przestankowym, nie dowodzą napewno obecności kamieni, co już nieraz operacyjnie stwierdzono; naodwrót kamienie uwięzione mogą nie dawać wybitnych objawów, zwłaszcza co do bolu, który występować może nawet po stronie nerki zdrowej. Obecność kamienia w nerce prowadzić może z czasem do różnych powikłań, jak zatkania moczowodu, bezmoczu zwykłego i odruchowego, krwotoków, zakażeń i t. p., a nieraz wywołuje wybitne anatomiczne zmiany w nerce.

Przy kamicy nerkowej stosuje się zwykle trojakiego rodzaju operacye: przecięcie miedniczki, nerki samej, lub wycięcie nerki.

Przy kamicy niepowikłanej wycięcie nerki wydarza się chyba wskutek nieszczęśliwych powikłań w czasie operacyi. Nacięcie miedniczki wyszło także z użycia, i jedynie nacięcie nerki znajduje zastosowanie. Różne są jeszcze zdania co do tego, czy operacya ta jest dla nerki obojętną, czy nie. Jedni twierdzą n. p., że nerka potem traci $^1/_4$—$^1/_2$ swego czynnego miąższu wskutek zawałów, martwicy i blizn, inni znów zaprzeczają temu. Również co do prowadzenia cięcia przez nerkę, zdania nie są zgodne: jedni radzą typowe cięcie w pasie Zondeka, inni poprzeczne i t. p. Badania naciętych nerek wskazują, że w większości przypadków nacięcie wywołuje dość rozległe następowe zmiany w nerce. Jeżeli dodamy do tego, że śmiertelność po tej operacyi jest stosunkowo niemała, bo około 5—9%, to przyznać należy, że byłoby błędem dziś już głosić zasadę, że z powodu samej obecności kamienia w nerce należy bez innych wskazań przystępować zawsze do operacyi. A jakież są te inne wskazania? Należą tu dokuczliwe bole, wycieńczające chorego, zwłaszcza ciągłe krwawienie z nerki, utrudnienie w odpływie moczu lub bezmocz i zakażenie, nawet w początkach nie ustępujące, n. p. z miedniczki pod wpływem leczenia. Przeciwwskazaniem specyalnem do operacyi jest: częste odchodzenie wśród napadów kolki drobnych kamyczków, zwłaszcza gdy potem następuje ulga, (obecność jednej czynnej nerki nie jest przeciwwskazaniem do nacięcia).

Mimo obecności objawów pewnych nie należy nigdy zaniedbywać sposobów badania sprawności i obecności obu nerek, albowiem przy operacyi może chirurg spotkać się z różnemi niespodziankami, n. p. z obecnością nowotworu w nerce i t. p., które zmusić go muszą do wycięcia nerki, a wtedy jeżeli nie zna stanu drugiej nerki, musi albo wyjąć chorą nerkę na los szczęścia, albo odłożyć na razie doszczętną operacyę, celem wykonania badań sprawności nerki drugiej. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Abelous i Bardier. **O wpływie moczu człowieka zdrowego na podniesienie się ciśnienia krwi.** (*Journal de phys. et path. gen.* 1908, Nr 4). **Urohypertenzyna.** (*Ibidem* 1909, Nr 1). Autorowie wykryli w moczu człowieka zdrowego obecność substancyi, silnie podnoszącej ciśnienie krwi. Po odparowaniu 500·00 moczu do 25·00 i po przesączeniu go, 5·00 przesączu, wstrzyknięte psu do żyły, wywołuje silne podniesienie się parcia krwi, i wielkie, chociaż szybko przemijające podrażnienie ośrodka oddechowego. Urohypertenzyna rozpuszcza się w wyskoku, nie dyalizuje, strąca się dwuchlorkiem rtęci i podoctanem ołowiu. W strącie rozpuszcza się w eterze; powtórnie strąca się kwasem szczawiowym, a w przesączu można wykazać substancyę, silnie obniżającą ciśnienie krwi. Urohypertenzyna działa taksamo silnie, jak i adrenalina, z którą niema żadnego wspólnego odczynu chemicznego.

W drugiej swej pracy autorowie omawiają niektóre szczegóły działania hypertenzyny. Wpływ wstrzykiwań śródżylnych objawia się bezpośrednio i proporcyonalnie do dawki wprowadzonej. Minimalna dawka odpowiada ilości czynnika, znajdującego się w 100·0—150·0 moczu. Nigdy nie zauważono uodpornienia, ani działania zbiorowego (kumulatywnego). Urohypertenzyna jest zupełnie nieszkodliwą. Mocz człowieka, dotkniętego stwardnieniem tętnic, substancyi tej nie zawiera. Wstrzykiwania podskórne nie dają widocznych wyników, czy to wskutek szybkiego rozkładu tej substancyi, czy to, że wchłanianie odbywa się bardzo powoli. Wpływ urohypertenzyny objawia się w trzech kierunkach: działaniem na serce, na ciśnienie krwi i na oddychanie. Rytm czynności serca z początku zwalnia się, potem przyspiesza. Naczynia obwodowe zwężają się. Rytm oddechowy przyspiesza się. Daje się przytem zauważyć zwiększona działalność wydzielnicza błony śluzowej nosa i ślinianek. Co się tyczy działania na wątrobę, to wstrzykiwanie substancyi tej do jednej z gałązek żyły wrotnej nie wywierało żadnego wpływu.

Zdaniem autorów urohypertenzyna powstaje w jelitach w czasie sprawy gnicia. Prawdopodobnem jest, że błona śluzowa jelit i wątroba działają poniekąd zobojętniająco i hamująco na powstanie tej substancyi. Budowę chemiczną tego ciała bardzo trudno określić, wobec minimalnych ilości, w jakich ono znajduje się w moczu; jednakowoż sądząc z działania możnaby ciało to zaliczyć do tejsamej grupy, do której należy myosapryna i inne połączenia, pochodzące z mięsa gnijącego i z mas kałowych.

(Szczegóły można znaleść oprócz streszczonych powyżej artykułów jeszcze w doniesieniach autorów w Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1907 dnia 4. IV., 16. V., 23. V., 11. VII., 28. VII. *Przypisek sprawozdawcy*). *L. Mańkowski.*

Maurel. **Wpływ prądów powietrza i szybkiego przenoszenia się na wydatki ustroju.** (*Compt. rend. Soc. de Biol.* 1909, Nr 4, 5, 7, 8). W czasach ostatnich coraz bardziej rozpowszechniają się szybkie środki lokomocyi (automobile, kolarstwo). Szybkie te środki muszą wpływać na ustrój jako prądy wiatru o takiejże szybkości. M. wziął sobie za zadanie dokładniejsze zbadanie tego wpływu i dlatego poddawał świnki morskie działaniu prądu powietrza o szybkości 12, 16, 21 kilometrów na godzinę. Zwierzęta poddawano temu działaniu średnio 12 godzin na dobę i w ciągu kilku dni; druga część zwierząt służyła do kontroli. Jednocześnie oznaczał M. ciężar ciała przed i po doświadczeniu i ilość wytwarzanych kaloryi. Wyniki swych badań zestawił M. w kilku tablicach i na podstawie ich dochodzi do następujących wniosków: 1) Prąd powietrza zwiększa wydatki ustroju, i wydatki te mogą być tak wielkie, że trzeba je mieć na względzie przy określaniu porcyi dziennej. 2) Prądy wiatru do pewnego stopnia szybkości, zwiększając wydatki ustroju, pobudzają go jednocześnie do przyjmowania większej ilości pokarmu; tym sposobem zwiększona ilość spożytego pokarmu pokrywa zwiększone wydatki. 3) Wraz ze znacznem powiększeniem szybkości wiatru może się zdarzyć, że wydatki ustroju będą większe, niż dowóz materyału odżywczego, a zatem mogą one być pokryte tylko z zapasów ustroju. — Tym sposobem prądy powietrza o pewnej szybkości mogłyby być korzystne dla ustroju, gdy zjawia się potrzeba pobudzenia jego odżywiania: naprzykład przy spóźnionym rozwoju, niedokrwistości, w okresie zdrowienia, i t. p. Prądy powietrza o większej szybkości mogłyby być wyzyskane wtedy, gdy potrzeba zwiększyć wydatki ustroju, naprzykład przy otyłości. W każdym razie wprzód nim się zastosuje te wyniki do lecznictwa, potrzebaby było przeprowadzić analogiczne badania u ludzi, co wobec rozpowszechnienia sportu kolarskiego i automobilowego nie przedstawiałoby wiele trudności. *L. Mańkowski*

Müller. **Sztuczne wywoływanie nowych, a dziedzicznych w dalszym ciągu właściwości drobnoustrojów.** (*Tow. fizyol.* Kolonia, 8. II., 1909). Massini w zakładzie Ehrlicha wykazał, że można przez odpowiednie postępowanie wywołać u drobnoustrojów nowe dziedziczne właściwości. Podobne zjawisko udało się stwierdzić Müllerowi u 4 gatunków drobnoustrojów. Przez zmianę pożywki wywołał on zupełną zmianę postaci kolonii tychsamych drobnoustrojów, które nadto uzyskały zdolność rozkładania cukru mlecznego na kwas mleczny i produkta gazowe, a zdolność ta pozostała dziedziczną w dalszych koloniach. Przypomina to żywo sprawę nagłego przeobrażania się komórek ustroju w nowotworowe. Widać też z tego, że można przez zadziałanie pewnych związków chemicznych wywołać w żywych komórkach sztucznie nowe właściwości, które już potem przenoszą się i na dalsze pokolenia. *A.*

Kantorowicz. **Przeciwzaczyny drobnoustrojów i bakteryoliza.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 18). K. zajmuje się środkami ochronnymi, którymi posługują się drobnoustroje w walce z danym ustrojem, by uniknąć rozpuszczania, niszczenia i pożerania. Taka odporność napewno istnieje. Wiadomo, jak liczną jest flora przewodu pokarmowego mimo obecności w jelitach różnych zaczynów. Odporność ta nie jest wcale cechą życia, bo odporne na zaczyny są także ciała zabitych drobnoustrojów. Może więc ona być skutkiem albo nieprzepuszczalnej otoczki drobnoustrojów, albo też przeciwzaczynów. Odpowiednie badania wykazują, że otoczka nie gra tu roli, ale że odporność ta zależy od obecności przeciwzaczynów w drobnoustrojach. Jeżeli ogrzewa się stopniowo drobnoustroje, to u wielu z chwilą dojścia do 75° znika nagle odporność na zaczyny, i drobnoustroje ulegają rozpuszczeniu. Natomiast gronkowce, paciorkowce, drobnoustroje błonicy, wąglika i t. p. nawet wtedy się jeszcze nie rozpuszczają. Wogóle odporniejsze są drobnoustroje, barwiące się sposobem Grama. Wyciągi drobnoustrojów działają przeciwzaczynowo przeciw trypsynie, nie są jednak identyczne z antytrypsyną. *K.*

Chirurgia.

Zadro. **Doświadczenia nad uśpieniem skopolaminowo-morfinowem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Bardzo dobrą okazała się w klinice Eiselsberga przy operacyach kombinacya zamroczenia skopolaminowego z uśpieniem ogólnem. Wieczorem przed operacyą dostają chorzy weronal (0,5—1,0), a na godzinę przed operacyą wstrzyknięcie 0,0005 skopolaminy i osobno 0,01 morfiny. Uśpienie z początku mieszanką Billrotha, potem eterem. Kombinacya ta ma te zalety, że nie grozi choremu żadnem niebezpieczeństwem, zużywa małą ilość środków usypiających, znosi zwykle stan podniecenia, niema przy niej wymiotów, a powikłania płucne są znacznie rzadsze. Oczywiście chorych wycieńczonych operować można w zamroczeniu skopolaminowem przy znieczuleniu miejscowem. Przeciwwskazana jest skopolamina tylko u neurasteników i przy operacyi wola w chorobie Basedowa. *K.*

Kaestle. **Związki bizmutu i ich przetwory zastępcze w rentgenologii ludzkiego przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 18). K. twierdzi, że objawy zatrucia, które spostrzegano przy stosowaniu zasadowego azotanu bizmutu (*bism. subnitricum*) w rentgenologii nie pochodzą od samego bizmutu (np. zatrucie bizmutem nie objawia się nigdy methemoglobinemią), lecz od ewentualnie tworzących się przytem połączeń azotowych. Z tego też powodu stosować można bezpiecznie inne związki bizmutu, jak węglan, lub połączenia z fosforem i siarką. K. polecił swego czasu przetwory toru. Przeciwko temu wystąpił Lewin, twierdząc, że i tor nie jest obojętny, i polecając żelazo. K. staje w obronie toru, dowodząc, że nie jest on wcale trujący,

a nad żelazem ma tę wyższość, że daje o wiele lepszy obraz, niż równa ilość żelaza, że ThO_2 niema zupełnie smaku, ani zapachu, co sprawia, że badani spożywają go bez odrazy. *Klęsk.*

Werner. **Doświadczenia nad leczeniem nowotworów promieniami Röntgena, radu i wstrzykiwaniami choliny.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb.* Tom XX., Nr 1). Na podstawie doświadczenia, zebranego w 80 przypadkach nowotworów złośliwych, a 4 łagodnych, dochodzi W., do przekonania, że leczenie powyższymi sposobami wywołuje wprawdzie nieraz rozpad tkanki nowotworowej i pobudza tworzenie się tkanki łącznej, ale z drugiej strony nie chroni wcale od nawrotów, przeciwnie przy zbyt energicznem stosowaniu nieraz do nich pobudza. Rad działa korzystnie przy naczyniakach i toczniu. Wstrzykiwania choliny wywołują nadczułość na promienie Röntgena tak, że stosowanie nieostrożne tych promieni wspólnie z choliną wywołać może groźne objawy zatrucia ustroju. *K.*

König. **O ochronie rany przy zranieniach i operacyach od zakażenia drobnoustrojami z sąsiedniej skóry.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 17). K. na podstawie długoletniego doświadczenia radzi przy ranach nie odkażać zwykłymi sposobami sąsiedniej skóry, bo przez to tylko nieraz wnosi się zakażenie do rany. Wystarcza zupełnie dokładne wypendzlowanie okolicy rany nalewką jodową. Postępowanie to stosuje K. i przy operacyach. *K.*

Ury. **O równoczesnem występowaniu przepukliny nadpępkowej z wrzodem żołądka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 17). U. na podstawie 5 spostrzeganych przez siebie przypadków zwraca uwagę, że przepuklina nadpępkowa (*h. epigastrica*) występuje bardzo często równocześnie z wrzodem żołądka; niektórzy nawet, jak n. p. Strauss, twierdzą, iż wrzód żołądka powstaje właśnie następowo przez ciągłe pociąganie ściany żołądka w przepuklinie. Naodwrót przy objawach wrzodu żołądka nie należy zapominać o możliwości przepukliny, bo wtedy operacya przepukliny działa nieraz wprost leczniczo i na inne przypadłości. *K.*

Hofmann. **Doszczętna operacya przepuklin pachwinowych z pomocą poprzecznego skórno-powięziowego cięcia i wysokiego ułożenia miednicy.** (*Zblt. f. Chir.* 1909, Nr 15). H. poleca operować przepukliny pachwinowe według zasad cięcia Pfannenstiela, t. j. przecinać skórę i powięź poprzecznie, a mięśnie i otrzewnę podłużnie. Dostęp do kanału jest przytem bardzo dobry, a blizna tworzy potem bardzo silną zaporę. Cięcie prowadzi H. 8—10 cm długie między środkową, a zewnętrzną jedną trzecią więzadła pachwinowego, mniej więcej prostopadle do jego przebiegu, przyczem $^2/_3$ cięcia leży na brzuchu, a $^1/_3$ bliżej uda. Cięciem tem przecina H. skórę i powięź (aż do więzadła), oddziela ją aż do zewnętrznego otworu pachwinowego. Włókna mięśnia dźwigającego jądro (*cremaster*) przedziela H. podłużnie. Po uwolnieniu worka, przechodzi H. do dalszej części operacyi przy wysokiem ułożeniu miednicy. *K.*

Schanz. **Czy gimnastyka może działać szkodliwie przy leczeniu skrzywień kręgosłupa?** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 88., IV.). Chlumsky zwrócił uwagę, że w niektórych początkowych przypadkach skrzywień kręgosłupa stosowanie gimnastyki nietylko nie wpływa korzystnie, ale nawet szkodzi; skrzywienie powiększa się stale, a dzieci mizernieją. Wtedy przerwanie ćwiczeń wpływa zaraz dodatnio. Schanz potwierdza to w zupełności, zwracając uwagę, że to szkodliwe działanie gimnastyki uwydatnia się zwłaszcza w przypadkach t. zw. niedomogi kręgów, cechującej się bolesnością przy opukiwaniu kręgosłupa i ucisku na lędźwiową część kręgosłupa od strony jamy brzusznej. W podobnych przypadkach występują również i inne bole samoistnie. W takich przeto przypadkach należy wstrzymać się zupełnie od wszelkich ćwiczeń gimnastycznych, które stosować wolno jedynie po ustąpieniu objawów podrażnienia i w skrzywieniach nie okazujących objawów niedomogi kręgów. *K.*

Hagenbach. **Przeszczepianie kości.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 19). W nauce o przeszczepianiu kości, pomimo tego, że praktycznie stoi ona już wysoko, niema jednak jeszcze teoretycznie jednolitości. Tak np. sporną jest jeszcze rzeczą, czy przy przeszczepianiu główną rolę w wytwarzaniu kości odgrywa podłoże, do którego wszczepiamy, a materyał jest obojętny, czy też i kawałek wszczepiony odgrywa ważniejszą rolę. Doświadczenie praktyczne wskazuje, że istnieją pewne stopnie w zdolności przygajania się wszczepionych kawałków. Tak n. p. najlepiej przygajają się kawałki żywej kości, wzięte wraz z okostną z częścią jamy szpikowej z tego samego osobnika. Gorzej już przygajają się takież kawałki bez okostnej z tego samego osobnika, a jeszcze gorzej z osobnika innego, ale takiego samego gatunku. Znacznie trudniej już przygajają się kawałki kości z okostną, wzięte z innego gatunku, a najtrudniej kość martwa wygotowana, zmacerowana lub też jakiś inny materyał. Wchodzi tu w grę jednak wiele czynników. Nieraz przygajają się wcale dobrze przeszczepienia, wzięte z innego osobnika (doświadczenia Lexera z przeszczepianiem stawów), a nawet kość martwa, n. p. wzięta ze zwłok (Axhausen), a naodwrót kość z okostną, wzięta z tego samego osoobnika, ulega czasem obumarciu i wydzieleniu. O ile możności jednak powinniśmy się starać używać do przeszczepiania materyału z tego samego osobnika, ewentualnie z drugiego osobnika tego samego gatunku, a dopiero, gdy to technicznie jest niemożebne, można próbować heteroplastyki ze zwierzęcia lub z kości martwej wygotowanej. Przy przeszczepianiu materyału żywego należy uważać, by nie trzymać go za długo po oddzieleniu i chronić od wpływów chemicznych, bo łatwo obumiera. *K.*

Vogel. **O gruźlicy stawów.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Tom 97, I—II.). Uwagi swe opiera V. na doświadczeniu w 349 przypadkach gruźlicy stawów, spostrzeganych w Bonn. W wieku dziecięcym przeważa gruźlica biodra i kolana; gruźlica stopy występuje równie często u starszych, jak i u dzieci; w łokciu występuje głównie u starszych, podobnie w ręce. Co do płci, to u mężkiej przeważa gruźlica kolana, u żeńskiej stopy i łokcia. Dziedziczność daje się wykazać w 55% przypadków, uraz w wywiadach niemal w połowie. Przechodząc do wyników leczniczych, odmawia V. wszelkiego działania leczeniu tuberkulinami i hetolem. Z zachowawczych sposobów jedynie uzasadnione jest ustalenie i wstrzykiwania jodoformu i zastoina Biera, która daje nawet bardzo dobre wyniki co do czynności, zwłaszcza przy gruźlicy ręki i stopy, natomiast mniej jest skuteczną przy gruźlicy kolana, co V. kładzie na karb różnicy unaczynienia stawów. Przy wyleczeniu należy jeszcze rokować zawsze ostrożnie, bo gruźlica wybuchnąć może nagle i po latach, zwłaszcza po urazie, i to albo w stawie wygojonym pozornie lub jako przerzut gdzieindziej. U dzieci leczenie z początku powinno być zawsze zachowawcze. Jeżeli sprawa okazuje dążność do gojenia się w nieprawidłowem położeniu stawu, należy podług Lorenza pozwolić na to, a potem po wygojeniu poprawić położenie operacyjnie. Wszelkie zaś forsowne próby wywołują pogorszenia. »Brisement forcé« V. odrzuca zupełnie. *A.*

Linhart. **Przyczynek do sprawy resekcyi gruźliczego stawu kolanowego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* Tom 61—II.). Na podstawie 59 operowanych przypadków gruźlicy stawu kolanowego, dochodzi L. do następujących wniosków: W początkach gruźlicy stawu kolanowego powinno się zawsze próbować leczenia zachowawczego (ustalenie stawu w opatrunku, zastoina, wstrzykiwania mieszanki jodoformowej). W razie pogorszenia się sprawy przystąpić należy do resekcyi stawu. Operacyi tej próbować należy zawsze najpierw nawet wobec znacznych zmian, t. j. tam, gdzie właściwie jest wskazane odjęcie kończyny. Wczesna resekcya w 77·9% przypadków wiedzie do celu. Śmiertelność po operacyi około 5·1%. Uporczywe pooperacyjne przetoki zwykle nie dają się już uleczyć. Takie wyleczenie daje się uzyskać niemal w 99%. *K*

Stoffel. **Stopa płaska, a łuszczycowe cierpienie stawowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 17). Przypadki łuszczycowego zajęcia stawu (*arthropathia psoriatica*) nie należą wprawdzie do częstych, ale spotykamy w piśmiennictwie, zwłaszcza francuzkiem, wzmianki o nich. Podobny przypadek spostrzegał też S. w klinice ortopedyczno-chirurgicznej Prof. Vulpiusa w Heidelbergu. Cierpienie napozór sprawiało wrażenie przypadłości stopy płaskiej, a dopiero badanie promieniami Röntgena wykazało zanik i ubytki kości stopy, zwłaszcza kości skokowej i łódkowatej. Zmiany te przypominają żywo neuropatyczne powikłania stawowe przy syringomyelii i wiądzie rdzenia. Zmiany te u chorych, cierpiących na łuszczycę, występują typowo w kilku stawach, przebiegają podostro, co pewien czas znacznie się pogarszają. Z początku ulegają zajęciu części miękkie stawów, potem dopiero chrząstka i kość. Niektórzy twierdzą, że oba te cierpienia, t. j. zmiany stawów i łuszczyca polegają na tle wspólnych zmian układu nerwowego. W leczeniu wchodzą w rachubę jedynie odpowiednie przyrządy ortopedyczne. *K*

Prof. Zangemeister i Gans. **Wpływ zakażenia paciorkowcami na obraz krwi pod względem ciałek białych, i uwagi o sposobie badania.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16—17). Badania swe przeprowadzili Z. i G. w tym celu, aby się przekonać, czy z obrazu krwi przy ogólnem zakażeniu paciorkowcami wysnuć można jakie przepowiednie co do zejścia choroby. Dotychczasowe sposoby badania krwi pozostawiają wiele do życze-

nia. Już samo obliczanie jąder, proponowane przez Arnetha, jest źródłem wielu błędów, i wynik zależy od indywidualizmu badacza. Nadto wynik badania zależy tutaj też od sposobu barwienia, i porównywać można tylko obliczenia, dokonywane jednym sposobem. Mylnem jest także przyjmowanie zmian we krwi na zasadzie odsetkowego stosunku różnych gatunków ciałek białych, a jedynie ilości leukocytów w jednym mm^3 krwi mają jaką taką wartość, i to względną, bo i one zależą od ilości ogólnej krwi, utraty wody, doprowadzenia tejże i t. p. Doświadczenia swe przeprowadzali Z. i G. na małpach, aby o ile możności otrzymać wyniki podobne, jak u ludzi. Przedewszystkiem przekonali się, że na obraz krwi nietyle ma wpływ miejsce, z którego zakażenie następuje, ile rodzaj samych paciorkowców. Przy zakażeniach lekkich podnosi się szybko i znacznie ogólna liczba ciałek białych, przy zakażeniach zaś bardzo ciężkich zaczyna szybko po tem podniesieniu opadać, a podniesienie to występuje wolniej i nie wysoko. Zwiększenie się ilości ciałek neutrofilnych dosięga zwykle szczytu w 6—7 godzin. W przypadkach lekkiego zakażenia w 24 godzin liczba ta spada do poziomu prawidłowego, w ciężkich opada nawet poniżej niego, i to opadanie każe bardzo źle rokować. Zwłaszcza rozstrzygającem jest zachowanie się neutrofilów jednojądrzastych (neutrofile wielojądrzaste uważają autorzy za formy rozpadowe jednojądrzastych). Przy zakażeniach słabych liczba jednojądrzastych neutrofilów w 6 godzin dosięga prawie potrójnej wartości. Przy zakażeniach średniego natężenia liczba ich podnosi się zwolna i dopiero w 18 godzin dochodzi do szczytu. Przy zakażeniach zaś ciężkich opada liczba szybko po nieznacznem początkowem podniesieniu się. Im szybciej i silniej podnosi się liczba tych ciałek, tem rokowanie jest lepsze. Obraz więc neutrofilowy krwi w pierwszych 24 godzinach po zakażeniu dać może bardzo ważne wskazówki prognostyczne. Z badania innych gatunków ciałek białych nie otrzymuje się żadnych wybitnych wskazówek, prócz jedynie eozynochłonnych. Podniesienie się liczby ich i zatrzymanie na tejsamej wysokości, a nie opadanie poniżej stanu prawidłowego pozwala dobrze rokować. Oczywiście u ludzi niezawsze można badać krew właśnie w pierwszych 24 godzinach po zakażeniu, chyba przy zakażeniach przy porodzie lub operacyi. W dalszych dniach obraz już się zaciera, zwłaszcza pod wpływem powikłań. *A.*

Borchardt. **O szwie płuc przy zranieniach postrzałowych.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 14). Dobre wyniki operacyjne przy zranieniach płuc, zwłaszcza wobec operowania pod zmiennem ciśnieniem, zachęcać powinny do częstszej, niż dotąd interwencyi, zwłaszcza w przypadkach nagłych wielkich krwawień, lub więcej przewlekłych, lecz uporczywych, dalej przy ucisku płuca przez nagromadzone w klatce piersiowej powietrze i t. p. W ostatnich czasach operował B. dwóch chorych; jeden wyzdrowiał; drugi zmarł wskutek tego, że przedtem utracił już bardzo dużo krwi. *K.*

Kehr. **O schorzeniach trzustki ze szczególnem uwzględnieniem występującego przy kamicy żółciowej zapalenia przewlekłego.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb.* Tom XX., Nr 1). Kehr w pracy swej zwraca uwagę na bardzo częste powikłania w trzustce przy kamicy żółciowej. Przy operacyach kamicy prawie w $^1/_4$ przypadków spotykał K. zmiany także w trzustce, głównie zapalenia przewlekłe. Zmiany te ustępują jednak zwykle zupełnie po operacyi kamicy, zwłaszcza przy stosowaniu sączkowania przewodu wspólnego. Odczyn Cammidgea uważa Kehr za bardzo pewną oznakę schorzenia trzustki, tak że nawet dodatni wynik tego odczynu przy kamicy żółciowej jest dla niego wskazaniem do operacyi, o ile leczenie wewnętrzne, n. p. w okresie wolnym od napadów, pozostaje bez skutku. Klinicznie przed operacyą nie udaje się wymacać prawie nigdy powiększonej i stwardniałej trzustki. *K.*

Dermatologia.

Wechselmann. **Odczyn Wassermanna, a kiła płodu nabyta od matki zakażonej podczas ciąży.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 15. 1909). Autor zajmuje się tem nader ciekawem zagadnieniem, czy dzieci matek, zakażonych kiłą już po poczęciu, mogą być zdrowe. Wobec mało charakterystycznych danych anatomopatologicznych, ważną poniekąd wskazówką może być jedynie odczyn Wassermanna. Z 6 przypadków autora wynika, że jakkolwiek zmian zewnętrznie kiłowych niema, przecież płód jest kiłowy. Co do samego odczynu, to obecność jego u płodów, które zmian kiłowych nie okazują, świadczy nie o ich uodpornieniu, ale o obecności jadu; prawdopodobnie u tych płodów wystąpi kiedyś kiła jako postać późna (*syphilis tarda*).

Na podstawie ujemnego odczynu nie wolno stanowczo twierdzić, że płód jest zdrowy, gdyż zdarzają się przypadki, że surowica płodu pewnie kiłowego odczynu nie daje, za przyczynę czego część autorów uważa barwiki żółciowe, a dalej przypadki, gdzie odczyn ujemny po urodzeniu, przechodzi w dodatni z chwilą wybuchu pierwszych objawów kiły.

Jako wynik praktyczny swej pracy podaje autor konieczność badania surowicy noworodków w takich przypadkach i ewentualne natychmiastowe leczenie swoiste w razie dodatniego wyniku. W razie braku objawów u rodziców, a nawet ujemnego wyniku odczynu należy próbę powtarzać w pewnych odstępach czasu. Jeżeli odczyn u matki i płodu równocześnie da wynik dodatni, praktyczna stąd wskazówka, że matka dziecię karmić może. Jeżeli odczyn równocześnie ujemny, konieczna jest kontrola kliniczna i serodyagnostyczna. Przy różnym wyniku u matki i płodu, nie wolno pozwolić, by matka dodatnio oddziaływająca karmiła płód z odczynem ujemnym (dla wyżej wspomnianych wyjątków).

Natomiast, wychodząc z założenia, że matki płodów kiłowych wbrew dotychczasowym zapatrywaniom są stale i wszystkie też kiłowe, że takie osobniki według praw biologicznych nie są zdrowe i dlatego uodpornione, ale właśnie kiłowo zakażone i dlatego uodpornione, — pozwala autor na karmienie płodów z odczynem dodatnim przez matki z odczynem ujemnym. *St. Łapiński.*

Tschnernogow. **Uproszczona metoda serodyagnostyki kiły.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 15, 1909). Autor podaje uproszczony sposób odczynu Wassermanna- Brucka- Neissera. Do odczynu używa: surowicy ludzkiej czynnej (z ogólnie małej ilości krwi, bo 0,1), wyciągu wyskokowego z kiłowej wątroby i ciałek czerwonych świnki morskiej.

W ten sposób zbadał: 10 przypadków kiły z objawami, z tych 9 dało wynik dodatni; 8 przypadków kiły bez żadnych objawów, z tych 5 z wynikiem dodatnim. Z 12 przypadków niepewnych co do rozpoznania 4 dały wynik dodatni; na 14 surowic niekiłowych, 14 z wynikiem ujemnym. *St. Łapiński.*

Blum: **W sprawie etyologii czyraczności** (*furunclosis*) (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 9). Autor roztrząsając poglądy rozmaitych autorów w tej sprawie, zaznacza, że jego uwagę, jako lekarza wojskowego, dawno uderzyła ta okoliczność, że czyraczność najczęściej spotyka się u ludzi silnie zbudowanych; ludzie słabowici i wycieńczeni prawie wcale na nią nie chorują. Oprócz tego zauważył B., że żołnierze chorują przeważnie w pierwszym roku swej służby i to zwykle po 6—7 miesięcznym pobycie w wojsku. W ostatnim (trzecim) roku służby wcale na czyraki nie chorują. Obserwując w ciągu 10 lat 200 chorych na czyraki żołnierzy, doszedł autor do przekonania, że przyczyną tej choroby jest pewnego rodzaju niedomoga przewodu pokarmowego. Włościanin przyzwyczajony jest do pokarmów roślinnych, mięso spożywa bardzo rzadko. Pokarmy roślinne przy małej stosunkowo ilości białka zawierają dużo wody, więc włościanin musi przeładowywać swój żołądek. Służąc w wojsku, ten sam włościanin spożywa codziennie mięso, które w małej objętości zawiera dużo białka, wskutek czego ilość pokarmu może być znacznie zmniejszona. Niemniej, przyzwyczajony do przeładowywania żołądka, żołnierz, pochodzący ze wsi, nadal to samo robi. Do tego trzeba dodać jeszcze, że pokarmy mięsne wymagają energicznej działalności żołądka. W następstwie tego wszystkiego zjawia się względna niedomoga ruchowa żołądka, zastój treści, fermentacya itd., wkońcu nieżyt żołądka i jelit, w mniejszym lub większym stopniu. Na takiem tle jeszcze bardziej zwiększa się tak zwana fizyologiczna trawienna leukocytoza, która gra rolę obrony przeciw wtargnięciu do krwi obcych elementów. W tej przechodzącej fizyologiczne granice leukocytozie dopatruje się autor przyczyny czyraczności. Między bakteryami, obficie dostarczanemi przez zwiększoną sprawę fermentacyi w jelitach, a leukocytami, rozpoczyna się walka; walka ta łatwo sadowi się na tych miejscach skóry, gdzie istnieje ucisk i wskutek tego zastój krążenia (wązki kołnierz, pas od spodni). Na podstawie takich teoretycznych spekulacyi zaczął B. stosować u żołnierzy, cierpiących na czyraki, dyetę mleczną (4—10 szklanek mleka dziennie, mleczna kasza 2 razy i $1^1/_2$ funta chleba pszennego) i twierdzi, że pod wpływem takiego leczenia czyraczność ustępuje dwa razy szybciej, niż przy zwykłych sposobach. *L. Mańkowski.*

H. Löhe: **Przypadek framboezyi.** (*Dermat. Zeit.* T. XVI. 4. 1909). Badania dokonane w ostatnich latach (Castelani) wykryły w wykwitach guzkowych framboezyi krętki, zupełnie podobne do krętków bladych, jednakże przy bardzo dokładnem badaniu okazujące pewne różnice co do grubości i ułożenia skrę-

tów. Także doświadczenia w drodze przeszczepień dały podstawy do odróżnienia tej choroby od kiły. Szczepienia, wykonane na większej ilości małp, wykazały, że framboezya jest przeszczepialna na małpy, przyczem przeszczepienie udaje się także i na zwierzętach, poprzednio kiłą zakażonych.

Przypadek badany i opisany przez autora dotyczył 20-letniego murzyna ze wschodniej Afryki, który od kwietnia r. 1907 przebywał w Berlinie. Już w czerwcu tegoż roku zauważył chory wysypkę guzkową, rozsianą po całem ciele. Guzki te ulegały po pewnym czasie spłaszczeniu w środkowych częściach, rozszerzały się zaś ku obwodowi. Po upływie dwóch miesięcy pojawił się pierwszy nawrót choroby na stopie prawej w postaci guzka sączącego, który rychło ustąpił. W grudniu, gdy chory został przyjęty do kliniki, wysypka ograniczała się do dwóch guzków na wardze górnej wielkości feniga, pokrytych cienką warstwą żółtawego strupa. Takie same guzki znajdowały się na skórze prawego uda, po stronie wewnętrznej. Mniejsze guzki, jednak liczniejsze, znajdowały się na wewnętrznej powierzchni lewego uda, jak również na całej goleni. Pod wpływem leczenia, które polegało na podawaniu jodu i wstrzykiwaniu podskórnem atoksylu, zmiany te szybko ustąpiły. W surowicy wyciśniętej z większych guzków wykazało badanie liczne krętki, mające po 8 do 14 skrętów. Szczepienia głębsze w przednią komorę oka u królików wywołały zropienie całej gałki ocznej, a szczepienia powierzchowne w rogówkę wywołały zapalenie ropne rogówki i tęczówki. Szczepienia na dwóch małpach zupełnie się udały. W miesiąc po szczepieniu wystąpiły u tych zwierząt w pobliżu miejsca szczepienia liczne zmiany w postaci guzków, z których wyciśnięta surowica zawierała znaczną ilość krętków. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5. maja 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 35.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Prof. Kader przedstawia 1) chorą lat 18 ze **słoniowaciną kończyny dolnej** lewej, **leczoną przez miesienie, elastyczne opaski i wreszcie przez podwiązanie tętnicy udowej,** poniżej odejścia tętnicy głębokiej uda (*art. profunda femoris*). U chorej przed zastosowaniem leczenia operacyjnego osiągnięto pewne polepszenie drogą wyżej wspomnianego postępowania nieoperacyjnego. Operacya po 3 miesiącach. **Wynik pomyślny.** Pomijając, że podwiązanie tętnicy żadnych zaburzeń w krążeniu w kończynie nie spowodowało, otrzymano zmniejszenie się kończyny w obwodzie tak znaczne, że obecnie kończyna zdrowa od chorej prawie się nie różni, z wyjątkiem najwyższej części uda powyżej podwiązki. Chora ta była przedstawiana Towarzystwu przed rozpoczęciem leczenia (fotografie).

2) Chłopca 12-letniego, mającego od lat 4 coraz bardziej postępujące **przykurczenie w stawie kolanowym i biodrowym.** Przykurczenie obecnie dosięgło najdalej sięgających granic: udo przylega do goleni na całej długości, a samo w stawie biodrowym jest tak zgięte, że zwykłe położenie, jakie chory udu nadaje, jest wzdłuż i równolegle do boku tułowia. Przykurczenie jest wywołane stałem skróceniem i częściowo skurczem mięśni. W uśpieniu chloroformowem przykurczenie w stawie biodrowym daje się wyrównać do kąta 135° (zamiast 180°), a w stawie kolanowym do 90° (zamiast 180°). Prócz tego widoczny jest przerost w osi podłużnej i szablowate wykrzywienie piszczeli chorej nogi; na skórze przedniej powierzchni goleni kilka małych ubytków, pokrytych czarnymi strupami, jak przy zgorzeli suchej skóry. Owrzodzenia te są zrośnięte z okostną i nie przesuwalne. Przyczynowo przypadek ciemny. Prawdopodobnie chodzi tutaj o zapalenie szpiku kostnego w piszczeli z otorbieniem ogniska. Wyraźniejszych zaburzeń nerwowych organicznych niema, dziedzicznej kiły również (ujemne próby Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego). Stawy pod względem anatomicznym zmian nie przedstawiają. Jako leczenie projektuje prof. K. trepanacyę piszczeli i stopniowy wyciąg, względnie później plastykę ścięgien z zachowaniem stawu.

3) **Wyrostek robaczkowy**, wyjęty w dzień posiedzenia u mężczyzny 36-letniego, chorego od roku na objawy, wskazujące na nieżyt okrężnicy *(enterocolitis)* z nieznacznem zwężeniem jelit. Chory był gdzieindziej leczony lewatywami i dyetą. Prof. K. rozpoznawał przewlekłe zmiany wyrostka robaczkowego, względnie gruźlicy kątnicy, ponieważ pod prawym mięśniem prostym wyczuwać się dawał mały twardy guz, a próba Pirqueta wypadła wybitnie dodatnio. Guz wyczuwany okazał się bardzo grubym wyrostkiem robaczkowym, który był końcem zwrócony ku kręgosłupowi i leżał przykryty od przodu pętą jelita biodrowego; dokoła silne zrosty pomiędzy jelitami. U wyrostku wyciętym wraz z częścią ściany kątnicy, znaleziono od strony śluzówki przy ujściu do kątnicy zgrubienia w postaci guzków wielkości małego grochu — zmiany, które mogą przemawiać za nowotworem lub gruźlicą, co wykaże badanie mikroskopowe; wolny koniec wyrostka zamieniony w jamę z treścią ropną, wielkości fasoli (*empyema*). K. podnosi konieczność operowania wszystkich przypadków, gdzie zachodzi przypuszczenie schorzenia wyrostka robaczkowego, ponieważ wyczekiwanie obostrzenia prowadzić może do skutków nieobliczalnych. (Streszczenie własne).



Dr Radliński przedstawia chorą, operowaną przez siebie z powodu **stóp płaskich.** Tylko lżejsze postaci stopy płaskiej, bez silniejszych objawów podmiotowych, zmian w kośćcu, i nieutrwalone jeszcze w ustawieniu wadliwem leczy się w klinice krakowskiej zachowawczo za pomocą wkładek. Wybitniejsze zmiany w stopach są uważane przez prof. Kadera za wskazania do leczenia operacyjnego. Stosuje on od szeregu lat wyłuszczenie kości czółenkowatej, która sama przy stopie płaskiej ulega zniekształtnieniu klinowatemu, z szerokim brzegiem wewnętrznym i węższym zewnętrznym. Usunięcie tego naturalnego klina przywraca stopie sklepienie, zarówno w wymiarze podłużnym, jak i poprzecznym, a sprawia mniejsze zniekształtnienie kośćca stopy i zesztywnienie stępu, niż inne metody. U przedstawionej chorej (6 tyg. po operacyi) widoczne jest ukształtowanie stopy zupełnie prawidłowe, z wyraźnemi sklepieniami, a bez skrócenia wewnętrznego brzegu stopy. Przedstawiane ślady chorej z przed operacyi ilustrują wybitną płaskość stóp przed operacyą. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Gliński w sprawie wyciętego przez prof. Kadera wyrostka robaczkowego odnosi wrażenie, że jest to nowotwór, jednakże zastrzega się przed rozpoznawaniem nowotworu makroskopowem.

Prym. Borzęcki zabiera głos w sprawie zmian skórnych u chłopca, dotkniętego przykurczeniem i zapytuje prof. Kadera,

czemu przypisuje polepszenie w przypadku słoniowaciny, na co prof. Kader udziela wyjaśnień.

3) Dyskusya nad wykładem Prof. Jaworskiego i kol. Korolewicza. — Kol. Eisenberg podnosi przeciw metodzie Wrightowskiej cały szereg zarzutów (wyszczególnionych w wykładzie »O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy«, który wkrótce ukaże się na łamach »Przeglądu«). Uznaje natomiast teoretyczną doniosłość odkrycia przysposobiaczy i ciał bakteryozwrotnych, jako ogniwa pośredniego, łączącego teoryę sokową Ehrlicha z komórkową teoryą Miecznikowa. Sam E. w przypadku ciężkiego zakażenia podobnego do duru, wyhodował szczep okrężnicowy, identyczny z *B. coli haemolyticum*, znajdowanem w podobnych przypadkach przez Schottmüllera; surowica chorego wobec tego szczepu okazywała wskaźnik przysposobny 0·3 (w porównaniu z całym szeregiem surowic prawidłowych). Technika Wrightowska, bardzo pomysłowa, nadaje się do najrozmaitszych doświadczeń odpornościowych; sam E. stosował ją do badania własności ciał zabójczych (leukocydyn), jadów beztlenowcowych, poleca ją nadto do badań zlepnych (aglutynacyjnych) i krwiobójczych (hemolitycznych), ewentualnie także do próby Wassermanna, o ile się rozporządza małą ilością surowicy. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid przedstawia trudności metody Wrighta, kol. Gertler jest tego samego zdania. Kol. Emil Godlewski w sprawie zasadniczej zaznacza, że nie warto dyskutować, gdy prelegentów niema. Przewodniczący zaznacza, że Prof. Jaworski jest chory.

4) Kol. Gliński przedstawił i omówił: *a*) Nowotworowo zmienione znacznie powiększone **jajniki**, usunięte operacyjnie u kobiety 38-letniej. Badanie mikroskopowe stwierdziło w nich charakterystyczne utkanie t. zw. **fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes** (Krukenberg), który to obraz, jak wiadomo, jeśli nie zawsze, to przynajmniej często odpowiada przerzutom raka, rozwijającego się pierwotnie zwykle w przewodzie pokarmowym. Na tej podstawie już przy badaniu mikroskopowem wyraził prelegent przypuszczenie, że nowotwór w jajnikach jest w tym przypadku nie pierwotnym, lecz tylko przerzutem raka galaretowatego z przewodu pokarmowego, co rzeczywiście zostało następnie stwierdzone przez badanie pośmiertne zwłok chorej, zmarłej w parę tygodni po zabiegu operacyjnym z powodu znacznego charłactwa i dołączającego się zapalenia płuc. Badanie pośmiertne stwierdziło mianowicie w tym przypadku obecność pierwotnego raka włóknistego z galaretowatą przemianą (*carcin. gelatinosum scirrhosum*) w żołądku (prelegent przedstawia odpowiedni okaz) z przerzutami w gruczołach, sieci i na otrzewnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako potwierdzenie wypowiedzianych już przez innych autorów poglądów na znaczenie t. zw. guzów Krukenbergowskich w jajnikach, a zarazem wskazuje, iż przy usuwaniu operacyjnem symetrycznych pozornie pierwotnych guzów w jajnikach zawsze zwracać należy uwagę na zachowanie się innych narządów jamy brzusznej, w których znajdować się może nowotwór pierwotny. *b*) Narządy jamy brzusznej ze zwłok 47-letniej kobiety. Kobieta ta była operowana przed $1^1/_2$ rokiem (w listopadzie 1907 r.) z powodu **nowotworu**, rozwijającego się **w jajnikach** i już wtedy nie nadającego się do całkowitego usunięcia. Wykonano tylko laparotomię próbną, badanie zaś mikroskopowe wyciętych cząstek stwierdziło utkanie raka (*carcinoma psammomatodes*). Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i chora zmarła dopiero w marcu roku 1909 wśród stale postępującego wyniszczenia, wzmagającej się puchliny brzusznej, do których to objawów przyłączyły się następnie objawy ze strony żołądka i jelit (między innymi silne zaparcie stolca). Badanie pośmiertne stwierdziło znaczny rozrost nowotworu pierwotnego, który wypełnił prawie całkowicie miednicę małą, tak, iż części dodatkowych niepodobna było już tutaj odszukać; nowotwór ten przerastał na ścianę odbytnicy, powodując bardzo znaczne jej zwężenie i od strony światła był już miejscami owrzodziały. Następstwem **zwężenia odbytnicy** był przerost i **rozszerzenie** całej **kiszki grubej**, która bez mała dochodziła grubości uda (*megacolon acquisitum*). Obok tego w tym przypadku istniała w najrozmaitszych odcinkach jelit olbrzymia ilość przerzutów, usadowionych wogóle w obwodowych warstwach ściany jelita, miejscami zaś także przerastających i na błonę śluzową jelit i powodujących wielokrotne ich zwężenia, również i w ścianie żołądka znaleziono 2 guzy przerzutowe, rozwijające się od zewnątrz w kierunku ku błonie śluzowej; jeden z tych przerzutów wywołał nawet dość znaczne zwężenie odźwiernika. (Streszczenie własne).

5) Kol. Gliński: **O osiowem skręceniu macicy.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Prof. Ciechanowski wspomina o innych przypadkach guzów Krukenbergowskich, spostrzeganych w krakowskim zakładzie anat. pat. Prof. Dobrowolski zwraca uwagę, że w przypadku skrętu macicy musiało istnieć zwiotczenie dolnego odcinka macicy. Prof. Ciechanowski popiera zdanie Doc. Glińskiego co do wpływu rozstępu mm. prostych brzucha na powstanie skrętu. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Posiedzenie d. 22. maja 1909.

Przewodniczy Doc. Mięsowicz. Obecnych członków 53. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Rydel przedstawia przypadek **wodogłowia wewnętrznego nabytego,** gdzie razem z Prof. Lewkowiczem stosował leczenie rtęciowe bez skutku, dlatego obecnie zdecydowano się na trepanacyę czaszki i w tym właśnie celu przedstawia dziś chorego, by go ewentualnie przedstawić i po operacyi.

2) Kol. Eisenberg demonstruje na chorych **odczyny Pirqueta, Calmettea i Moro.**

3) Prof. Lewkowicz przestawia **próby zobojętnienia** zapomocą ciała ochronnego **Spenglera.**

4) Kol. Eisenberg wygłosił odczyt: **O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.** (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 14 maja 1909.

I. Kol. Doc. Szumowski mówi: **O Szczawnicy, Krościenku i Wysowie.** Wykazuje wyższość szczaw polskich alkaliczno-solankowych (szczawnicka, krościeńska, wysowska) nad zagranicznemi (Ems, Gleichenberg, Selters). Podnosi wartość Szczawnicy jako stacyi klimatyczno-zdrojowej, nadającej się do leczenia 1) chorób narządu oddechowego, 2) dróg trawiennych, 3) przemiany materyi i 4) dróg moczowych. Najwięcej chorych przypada na grupę pierwszą i to gruźlicę, której leczenie w Szczawnicy daje bardzo dobre wyniki; prelegent przestrzega jednak przed wysyłaniem gruźlic daleko posuniętych z wielu powodów. Szczawnica, zdaniem prelegenta, może rozwinąć się w dwóch kierunkach: jako stacya klimatyczna letnia i zimowa, (zimowa dla gruźliczych), jako zdrojowisko dla wielu innych chorób z wyjątkiem gruźlicy — i ten podział powinien być przeprowadzony.

II. Kol. Praschil mówi: **O środkach i wskazaniach leczniczych Truskawca,** tudzież o urządzeniach doby ostatniej w tem zdrojowisku. Prelegent podnosi szerokie wskazania lecznicze tego zdrojowiska, jako następstwo nader wielkiej różnorodności jego naturalnych środków leczniczych, a więc zdrojów, należących do 3 grup: słonych, siarczanych i alkalicznych. Prelegent, wymieniając źródła i skład ich chemiczny, wylicza cały szereg schorzeń, dla których wody te oddają znakomite usługi lecznicze. Prócz zdrojów posiada Truskawiec rozległe pokłady borowin żelazistych, które odznaczają się wysoką zawartością żelaza i bardzo znaczną zdolnością chłonienia wody (do 158%) objętości). Dla chorób dróg oddechowych urządzono wziewalnię solankową (10% rozczyn chlorku sodu) systemu Wassmutha. Obecnie urządzono kąpiele z kw. węglowym ze ścisłem dawkowaniem co do jego zawartości i co do ciepłoty. W końcu omawia prelegent cały szereg nowych urządzeń (kanalizacya, wodociąg, drogi, budowa nowego zakładu wodoleczniczego).

III. Kol. Lewicki mówi: **O Krynicy.** Przeprowadza porównanie z Francensbadem i Elster. Krynica jest wyżej od ostatnich położona, jej źródła zawierają więcej bezwodnika kwasu węglowego, równą zaś zawartość węglanu żelaza. Borowina krynicka przewyższa znacznie zagraniczne i co do ilości części rozpuszczalnych i co do ilości związków żelazowych. Prelegent omawia wskazania lecznicze, sposób stosowania kąpieli, dawkowania ilości bezwodnika kwasu węglowego, urządzenia łazienek mineralnych i borowinowych, leczenie terenowe i urządzenia higieniczne Krynicy, nie ustępujące zagranicznym, czego dowodem ogromna rzadkość zapadania na choroby zakaźne.

IV. Kol. Doc. Gabryszewski mówi: **O składzie chemicznym wód mineralnych w ogólności,** o sposobie ich działania na różne schorzenia. Głównie zajmuje się działaniem solanek krajowych, które są właściwie szczawami alkalicznemi, słonemi, jod zawierającemi. Wylicza szereg chorób kości, stawów, gruczołów i błon śluzowych, oraz skóry i wpływ dodatni, jaki na nie wywierają poszczególne składniki wód wspomnianych. Radzi kombinować leczenie solankami z innymi zabiegami (higieniczno-

dyetetyczne, ortopedya, środki apteczne — ew. leczenie chirurgiczne). Obszerniej mówi prelegent o Iwoniczu, którego wody wcale nie ustępują, co do ilości jodu, wodom zagranicznym.

V. Kol. Czarnik przedstawia zestawienie **wzrostu i wagi ciała przeszło 2000 dzieci zołzowych, leczonych w Rymanowie** i porównuje je ze wzrostem i wagą ciała dzieci szkolnych, dochodząc do wniosku, że liczby te mało się różnią między sobą. Naogół biorąc, przyrost wagi ciała w Rymanowie zauważa się u wszystkich dzieci, — nie ma go u dzieci z gruźlicą płuc, nawet o nią podejrzanych, niezależnie od stosowanych u nich środków leczniczych. Najpomyślniejsze wyniki widział prelegent u dzieci z nieżytami dróg oddechowych, przy chorobach oczu i wypryskach skórnych; nie widział polepszenia przy gruźlicy kości i skóry. Prelegent kładzie nacisk na dyetę jarską z niewielkim dodatkiem mięsa i to szczególnie dla dzieci zołzowatych, na świeże powietrze, a wreszcie na korzyści, jakie wynikają z leczenia zakładowego, a więc przyzwyczajanie do porządku, posłuszeństwa i towarzystwa. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1909 r.

Przewodniczy kol. Krusche.

1. Kol. Przedborski przedstawia 2-tygodniowe dziecko **z nieprawidłowością wrodzoną obu uszu.**

2. Kol. Grosglik: **Przypadki gruźlicy skóry i śluzówek.** a) Chłopiec 9-letni, od lat 3 rozwija się *lupus faciei ulceroso-serpiginosus*; chłopiec zresztą zdrów. b) Chłopiec 11-letni, brat poprzedniego; przed 5 laty gruźlica palców nóg, leczona chirurgicznie, poczem stan dobry. W czerwcu 1908 zauważono wymowę niejasną, nosową, oddech otwartemi ustami, skąpą i bezwonną wydzielinę nosa. Niedługo potem pod nosem powstało owrzodzenie niesklonne do zagojenia, od 4 miesięcy owrzodzenie na podbródku i w lewym kącie ust. Obecnie oprócz wspomnianych owrzodzeń na skórze, znajdujemy w nosie z obu stron na przegrodzie, po części i na dolnych małżowinach, drobne nacieczenia wielkości ziarnka prosa, z lewej strony, na dolnym przednim odcinku przegrody guz, dosyć twardy, wielkości małego orzecha, łatwo krwawiący (*tuberculoma*). W jamie ustnej i gardłowej: owrzodzenie rozległe na twardem i miękkiem podniebieniu; języczek, łuki podniebienne owrzodziałe i zniekształcone; tylny lewy łuk zrośnięty ze ścianą gardła (pokarmy dostają się do nosa). Rozpoznanie: *lupus faciei, nasi, palati duri et mollis, isthmi faucium*. Ojciec dotknięty gruźlicą płuc.

3. Tenże przedstawia chorego z **arthritis talo-tibialis dextra syphilitica.** 37-letni mężczyzna, przed 10—11 laty wrzód pierwotny na członku, objawów wtórnych podobno nie było. Po roku wrzodziejące kilaki pod lewą pachą i na lewem ramieniu, leczone chirurgicznie i swoiście. W rok po operacyi wysypka krostkowa na całem ciele; wstrzykiwania rtęci. Rychło potem bole głowy, owrzodzenia kilakowe na obu goleniach; znowu leczenie swoiste. Przed 4 laty *arthritis talo-tibialis sin.*, widocznie niepoznana, leczona miejscowo chirurgicznie i zakończona amputacyą podkolanową. Przed 2 laty *arthritis talo-tibialis dex.*, która trwa dotychczas. Wobec nieznacznych bolów, mało zmienionej skóry, braku martwicy i sekwestracyi kości oraz wywiadów i pozostałych po kilakach blizn — rozpoznanie: *arthritis talo-tibialis dex. syphilitica gummosa.* Leczenie swoiste mieszane, prowadzone od 10 dni, dało znaczną poprawę i każe przypuszczać, iż tylko niewłaściwe rozpoznanie i leczenie lewej nogi naraziło chorego na amputacyę. Jako »pendant« do tego przypadku, a zarazem dowód, jak wiele osiągnąć się daje uporczywem i energicznem leczeniem swoistem nawet w wypadkach rozpaczliwych,

4. kol. G. przedstawia 15-letniego chłopca **z dziedzicznym przymiotem** trzeciorzędnym. Zgłosił się po raz pierwszy w lipcu 1907 r. *Gumma periostale frontis, osteoperiostitis gummosa tibiarum* (matka ma bliznę na czole po głębokim kilaku). Leczenie z dobrym skutkiem, ale przerwane z powodu wyjazdu. 12/IX 1908 sprowadzony do kol. G. w stanie rozpaczliwym: wrzodziejący kilak, obejmujący lewy staw barkowy i część lewej łopatki, stawy; łokciowe i kolanowe, przedramiona i golenie więcej niż w dwójnasób obrzmiałe, lewy staw łokciowy ziejący, oba golenie owrzodziałe na znacznej przestrzeni, również oba kolana. Ruchy nader bolesne, prawie niemożliwe. Rozpoznanie: *Osteoperiostitis et arthritis.* Leczenie swoiste ogólne i miejscowe. Obecnie wszędzie zabliźnienie, częściowe zesztywnienie lewego stawu łokciowego; częściowa utrata kości ramieniowych i łokciowych; znaczne zgrubienie obu goleni; zresztą objętość przedramienia normalna. Ogólny stan znacznie się poprawił, pomimo opłakanych warunków materyalnych.

5. Tenże przedstawia 18-letniego mężczyznę, idyotę. Całe ciało, nie wyłączając zgięć, pokryte ciemnozielonemi skorupkami, najgrubszemi na wyprostnych powierzchniach kończyn; głowa i twarz, z powodu mycia, pokryte łuskami obfitemi, wielkości 10 kop. Na twarzy i ciele, na miejscach wolnych od skorup, widać znaczny zanik skóry [1]). Rozpoznanie: *Ichtyosis universalis hystrix.*

6. Kol. Tadeusz Brabander wygłosił odczyt: **O istocie dny w świetle badań najnowszych.** W pierwszej części przemówienia przedstawił prelegent krótki przegląd historyczny nauki o dnie. Po kolei wyłożył poglądy autorów starych, jak Hipokrates, słynny Sydenham, oraz badaczy nowożytnych Garoda, Ebsteina, Minkowskiego, Cantaniego, v. Nordena, Klemperera itd. Prelegent poruszył także sprawę t. zw. skazy moczanowej i wypowiedział pogląd, że Francuzi z Bouchardem na czele pojmują ją zbyt szeroko. Nasi lekarze pod wpływem szkoły francuskiej zbyt często rozpoznają »artretyzm« i starają się częstokroć objawy nic wspólnego z dną nie mające podprowadzić pod miano skazy moczanowej. Następnie rozwinął prelegent poglądy najnowsze na przemianę nukleinową, czyli purynową w ustroju człowieka i wyjaśnił związek, zachodzący pomiędzy tą przemianą i wydzielaniem się kwasu moczowego. Z kolei przeszedł do najnowszej teoryi dny, stworzonej przez Brugscha i Schittenhelma. Badacze ci za istotę dny stawowej uważają pierwotne porażenie fermentów, zapomocą których odbywa się przemiana purynowa w ustroju ludzkim. Przemiana purynowa przy dnie odbywa się leniwie, w tempie wolniejszem, niż u zdrowego (»verschleppt«), co powoduje nagromadzenie się we krwi żylnej kończyn kwasu moczowego ze wszystkiemi dalszemi konsekwencyami. Oprócz dny stawowej Brugsch i Schittenhelm odróżniają jeszcze »dnę nerkową« (»Nierengicht«), rozwijającą się w następstwie ciężkiego zapalenia nerek. Tu przemiana purynowa cierpi wtórnie. W ostatniej części odczytu prelegent jeszcze raz poruszył sprawę »skazy moczanowej«, oraz jej stosunku do kamicy nerkowej, resp. do osadu kwasu moczowego w moczu. Autorowie doby ostatniej skłaniają się ku temu, że dna resp. skaza moczanowa nie ma nic wspólnego z kamicą nerkową, resp. z piaskiem, nerkowym a tem bardziej z osiadaniem kwasu moczowego na ścianie naczynia z moczem. Z tego względu rozpoznawanie skazy moczanowej na zasadzie osiadania kryształów kwasu moczowego, praktykowane tak często przez naszych lekarzy, jest niesłuszne. Rozpoznanie dny w braku wyraźnych objawów klinicznych może być uczynione tylko na zasadzie badania krwi w kierunku kwasu moczowego. W samym końcu odczytu prelegent poświęcił słów kilka dyetetyce przy dnie.

Dyskusya: Kol. Sonnenberg korzysta z omówienia przez prelegenta sprawy dny i porusza stosunek, który zachodzi między skazą moczanową a niektóremi cierpieniami skóry. Oto już oddawna przypisywano dnie powstawanie wielu cierpień skóry. W ostatnich zwłaszcza czasach podkreślają udział skóry w skazie moczanowej Francuzi. Niektórzy Francuzi posuwają tę zależność, zdaniem kol. Sonnenberga, aż do przesady. Niedawno kol. Sonnenberg miał sposobność słuchania takich przesadnych poglądów, głoszonych przez prof. Gauchera, który powstawanie całej grupy cierpień skóry t. zw. »dermatoses diathétiques« uzależnia od krążenia w ustroju wytworów, które powstały z przyczyny niedostatecznej oksydacyi i wchłaniania asymilowanych substancyi, i w skazie moczanowej wyznacza tu więcej, niż przynależne jej miejsce. Poglądy francuskie podzielają i uczeni innych narodowości: Anglicy, Duńczycy (Bird, Duckworth, Garrod, Bulkley, Rasch itd.). Według Garda odsetka dnawych z wypryskiem na skórze wynosi 47%. Rasch na podstawie własnej statystyki przytacza jeszcze większą odsetkę cierpień skóry, w których stwierdził ich zależność od dny (*eczema, psoriasis*). Dalej uzależnił od dny znaczną odsetkę pokrzywki, opryszczek (*herpes buccalis, genitalis*) itd. A więc najczęstszą postacią cierpień skóry przy skazie moczanowej ma być wyprysk, następnie z kolei idzie łuszczyca, a dopiero w drugim rzędzie inne cierpienia skóry, jak opryszczki, rozmaite angioneurozy itd. Niektórzy autorowie tak są o tej zależności przekonani, że pewne cierpienia skóry, spostrzegane u dnawych, ściśle wiążą z nazwą podstawowego cierpienia. Féréol, naprzykład, jedno cierpienie nazwał: »Nodosités cutanées ephémères des arthritiques«. Że cierpienia skóry, obserwowane u dnawych, nie są rzeczą przypadkową, lecz są zależne od skazy moczanowej, jako dowód między innemi przyta-

---

[1]) Dłonie i podeszwy wolne, ale też zgrubiałe i wybitnie pobróżdżone. Cierpienie datuje się prawie od urodzenia.

czają, kolejno jakoby następujące po sobie znikanie cierpień na skórze w okresie uwalniania się ustroju od kwasu moczowego, t. j. podczas napadu dny, i powstawania znów tych cierpień na skórze w wolnych od napadu dny okresach (Minkowski). Gdy porównamy poglądy francuskie na omawianą sprawę z poglądami innej szkoły, a mianowicie szkoły wiedeńskiej, to niepodobna nie zauważyć tu jaskrawego kontrastu. Oto szkoła wiedeńska prawie nie uznaje wpływu zaburzeń ustroju na powstawanie cierpień skóry, a przynajmniej sprowadza te wpływy do wartości nieznacznych. Naturalnie, zarówno tu, jak i zresztą wszędzie, krańcowe poglądy są najdalsze od prawdy: jeżeli francuska szkoła przecenia tu fakty, to nie ulega wątpliwości, że szkoła wiedeńska ich niedocenia. Dna nie ma wprawdzie takiego wpływu na powstawanie chorób skóry, jak chcą Francuzi, lecz z drugiej znów strony — niepodobna zaprzeczyć, iż wogóle związek między dną a cierpieniami skóry istnieje.

Przyjąwszy więc, że związek między skazą moczanową i cierpieniem skóry istnieje, pozostaje jednak nierozwiązane dostatecznie pytanie, jak powiązać sprawy, zachodzące w ustroju przy skazie moczanowej z rozmaitymi wykwitami na skórze, słowem, jaki tu jest mechanizm ich powstawania. Można rzecz tę tłómaczyć w ten sposób: 1) Ponieważ w przewodzie pokarmowym dnawych odbywa się nieprawidłowy często proces trawienia, w samozatruciu więc wogóle można upatrywać przyczynę występowania przy dnie zaburzeń na skórze, na równi z występującemi cierpieniami skóry przy samozatruciu z innych powodów (cukrzyca, leki wprowadzane do ustroju itd.). 2) Albo przyjąć tu, jako przyczynę, miejscowe drażnienie skóry wskutek pocenia się, zwłaszcza że w pocie dnawych znajdowano kwas moczowy. Zdaniem Sonnenberga zarówno jedno, jak i drugie tłómaczenie zjawiska jest bardzo prawdopodobne. (Streszczenie własne).

Kol. Trenkner wspomina o własnych doświadczeniach nad rozpuszczalnością kwasu moczowego w surowicy zwierząt i ludzi (praca ogłoszona w »Przegl. lek« w r. 1905). Doświadczenia te między innemi stwierdziły, że: 1) zdolność rozpuszczania kwasu moczowego w surowicy aż do zupełnego nasycenia podlega wahaniom osobniczym; 2) surowica bydła rogatego do zupełnego nasycenia wymaga więcej kwasu moczowego, niż surowica zwierząt mięsożernych; 3) u tej samej jednostki przy dyecie roślinnej do zupełnego nasycenia trzeba było użyć większej ilości kwasu moczowego, niż przy dyecie mięsnej. Kol. Trenkner sądzi, że wogóle lekarze zbyt często nadużywają względem chorych rozpoznań skazy moczanowej, opierając je często jedynie na stwierdzeniu w rozbiorach moczu zwiększonej ilości moczanów, pomijając inne względy teoretyczne, nie bierze się pod uwagę nawet takich czynników, jak koncentracya moczu (zależnie od pory roku, ilości przyjmowanych płynów) i rodzaju pożywienia chorego.

Kol. Sterling: Wszystkie chemiczne i chemiczno-biologiczne teorye dny mają na względzie przedewszystkiem ostre napady. Takie my w praktyce bardzo rzadko widujemy w Łodzi. Natomiast mało nam te teorye tłómaczą patogenezę tego, co rozpoznajemy aż nadto często: patogenezę t. zw. skazy dnawej i związek jej objawów z chemizmem kwasu moczowego. A i dla rozpoznania tej sprawy badanie ilościowe kwasu moczowego w moczu nie daje prawie żadnych stałych kryteryów. Bo nie można przecież na seryo brać propozycyi Brugscha i Schittenlhelma, by w praktyce rozpoznawać dnę przewlekłą zapomocą metody przez nich opracowanej (jeśli się nawet jest ich poglądów zwolennikiem). Wypada więc i nadal kierować się wyłącznie objawami klinicznymi i nazywać znany całokształt objawów »skazą moczanową«, będąc przy tem świadomym faktu, że brak ścisłych dowodów na to, że ten komplet objawów zależy od kwasu moczowego. Że nawet w dnie stawowej ostrej nie zależy on wyłącznie od kwasu moczowego (resp. od nadmiaru pożywienia), świadczą różnice rasowe, wpływające na częstość tego cierpienia; tak np. w Anglii to cierpienie widuje się często i wśród ludności ubogiej, czego u nas np. nigdy nie spotykamy.

Prócz tego przemawiali kol. Silberstrom i Perlis. — Prelegent odpowiada, co następuje: 1) Kol. Sonnenbergowi: Prelegent zgadza się zupełnie z kol. Sonnenbergiem, że w poglądach szkoły francuskiej na patogenezę chorób skóry jest bardzo wiele przesady, chociaż z drugiej strony nie można zaburzeniom w przemianie materyi odmówić wszelkiego znaczenia. Być może, ze nietylko kwas moczowy, ale i inne produkty przemiany materyi są w danym przypadku »materia peccans«. W ostatnich czasach wiele wrzawy narobiło twierdzenie pedyatry Finkelsteina, że wyprysk u niemowląt towarzyszący t. zw. »exsudative Diathese« jest następstwem zaburzeń w przemianie mineralnej; Finkelstein zaleca osobom, cierpiącym na wyprysk, pokarm ubogi w chlorki; autor ten przytacza przypadki ciężkiego wyprysku, leczonego bardzo długo przez dermatologów środkami miejscowymi bez wyniku dodatniego, a mijającego bardzo szybko po zastosowaniu dyety bezsolnej. Jak należy być ostrożnym w rozpoznawaniu skazy moczanowej na zasadzie usposobienia do chorób skóry, dowodzi jeden przypadek, obserwowany przez prelegenta na oddziale kol. K. Rzętkowskiego. Przypadek ten dotyczył chorej, cierpiącej na bole w stawach, zaburzenia żołądkowe, zaparcie stolca, bole głowy i niezwykłe usposobienie do wyprysku, który występował po zwykłem zajodynowaniu nogi — jednem słowem był to typowy obraz kliniczny »arthritisme« lub też »herpetisme« autorów francuskich. Rzętkowski wypuścił chorej z żyły 250 ctm³ krwi i polecił prelegentowi oznaczyć w niej kwas moczowy. Badanie zostało wykonane metodą Krügera i Schmidta i dało wynik najzupełniej ujemny. 2) Kol. Trenknerowi: Doświadczenia, wykonane przez kol. Trenknera, były również przeprowadzone przez Klemperera, który dowiódł, że krew chorego na dnę tak samo rozpuszcza kwas moczowy, jak i krew człowieka prawidłowego. Do doświadczeń tych K. wielkiej wagi nie przywiązuje, twierdząc, że krew »in vitro« jest zdolną do takich odczynów chemicznych, jakie w ustroju żywym wcale nie zachodzą. 3) Kol. Silberstromowi: Faktów, przytoczonych przez kol. Silberstroma jako uzupełnienie, prelegent nie wymienił dlatego, że chcąc przedstawić całe piśmiennictwo o kwasie moczowym i dnie, należałoby poświęcić nie jeden, lecz szereg wieczorów, a takiego zamiaru prelegent wcale nie miał. Dane przytoczone przez kol. Silberstroma bynajmniej całej sprawy jeszcze nie wyczerpują. Kolega S. przytoczył szereg szczegółów, których prelegent unikał dlatego, że wywołałyby one tylko znużenie słuchaczy. Ponieważ jednak kol. Silberstrom niektóre dość zawikłane sprawy poruszył, to prelegent nie może zostawić ich bez odpowiedzi. Mianowicie: Na uwagę kol. Silberstroma, że pojęcie »endogene«, »exogene Harnsäure« wprowadzili nie Burian, Schur, lecz Camerer, należy odpowiedzieć, że autorowie niemieccy, jak Richter i Abderhalden w swych podręcznikach, w których bardzo obszernie uwzględniono literaturę przedmiotu, za twórców wyżej wymienionych pojęć uważają jednomyślnie Buriana i Schura, a o Camererze nic nie wspominają (por. Richter »Stoffwechselkrankheiten«. 1906, str. 43, 44, 45, oraz E. Abderhalden »Lehrbuch der physiologischen Chemie« 1904). b) Niektóre fakty, przytaczane jako uzupełnienie przez kol. Silberstroma, prelegent wyłożył bardzo szczegółowo w odczycie dzisiejszym, a mianowicie pojęcie kwasu moczowego endo- i ektogenicznego, wysokość liczb endogenicznego kwasu moczowego w ciągu doby, przyczem prelegent przytoczył liczby, otrzymane przez siebie samego dla endogenicznego kwasu moczowego. Kol. Silberstrom zwrócił prelegentowi uwagę, że nie wymienił nazwiska Kaufmanna i Mohra oraz Kossella; prelegent oświadcza, że nazwiska te dziś już wymienił podczas wygłaszania odczytu. Jednem słowem prelegent wyraża zdziwienie, dlaczego kol. S. fakty, wymienione przez prelegenta, powtarza od siebie? c) Kol. Silberstrom podniósł, iż prelegent nie wymienił prac Buriana i Schura, które dowodziły, że 50% wprowadzonych do ustroju puryn wydziela się jako kwas moczowy, a reszta w innej postaci. Kol. Silberstrom zaznaczył, że ten pogląd Buriana i Schura został obalony przez A. Landaua w jego pracy ostatniej o przemianie purynowej z r. 1908. Tu prelegent zarzuca kol. Silberstromowi niedokładność twierdząc, że pogląd Buriana i Schura został w r. 1906 obalony przez Brugscha i Schittenhelma, którzy wyliczyli, że u człowieka zdrowego 20—30% puryn egzogenicznych wydziela się jako kwas moczowy, a reszta jako zasady purynowe, mocznik i amoniak, u dnawych zaś tylko 15—18% wydziela się jako kwas moczowy, a reszta jako zasady purynowe, mocznik i amoniak. Z wyliczeń Brugscha i Schitterhelma wynikło nawet »curiosum«, że u dnawych oksydacya purynów i urykoliza wprawdzie wolniej się odbywa, ale za to dokładniej, niż u zdrowego. d) O leczeniu dny kwasem solnym prelegent nie wspominał, gdyż leczenia dny lekarstwami wogóle wcale nie poruszał. 4) Co do przemówienia kol. Sterlinga, to prelegent stwierdza, że kol. Sterling zgadza się w zasadzie z poglądami, wypowiedzianymi przez prelegenta. 5) Kol. Perlisowi: Praca, wspominana przez kol. Perlisa, w piśmiennictwie o dnie z r. 1909 nie figuruje. Wogóle prelegent całego piśmiennictwa przedmiotu nie przytaczał, wymieniał prace wyłącznie doświadczalne i mające ścisły związek z tematem, zamieszczonym w nagłówku. (Streszczenie własne).

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

11. Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Woda do picia i użytku. I w tym roku jeszcze nie przedstawia sprawozdanie ogólnego obrazu zaopatrzenia kraju w wodę, lecz tylko podaje wiadomości, odnoszące się do poszczególnych powiatów, które wylicza w porządku alfabetycznym. Żałować należy, że sprawozdanie nie streszcza choćby najważniejszych danych, zawartych w pracy ś. p. dra Barzyckiego, przedstawiającej stan zaopatrzenia kraju w wodę właśnie taki, jaki był w r. 1905. Byłoby bardzo pożądane, ażeby praca ta została uwzględniona w sprawozdaniu przyszłorocznem, służąc za podstawę dokładnego przedstawienia dalszych postępów zaopatrzenia kraju w wodę. Nie mogąc porównać zmian, zaszłych w r. 1905 w tej sprawie ze stanem, jaki był przedtem, nie można ocenić, czy postęp w r. 1905 był szybszy, niż w latach poprzednich i czy posucha roku 1904, która przymusiła ludność wielu powiatów do starania się o budowę studni, wywierała ten wpływ dalej także jeszcze w r. 1905.

Ze szczegółów, przytoczonych w tym rozdziale, należy wspomnieć, że we Lwowie rozszerzono wodociąg o dalszych 3586 metrów, 248 połączeń z domami (dotąd razem 4003), a konsumcya wody z 3,435.688 m³ w r. 1903, wzrosła w r. 1905 na 4,255.687; na dzień i na głowę przypada 67 litrów wody. W Krakowie dostarczyły wodociągi 2,161.000, t. j. 56 litrów na dzień i na głowę. Postępy w poszczególnych powiatach są bardzo niejednomierne, pomimo zapomóg z funduszów rządowych i powiatowych, gdyż w niektórych powiatach nie można oddawać funduszów na budowę studzien w ręce gmin; studnie, budowane przez gminy, nieraz nie odpowiadają warunkom zdrowotnym, ani wyłożonym kosztom. Dlatego też np. w powiecie bobreckim zabrało starostwo w porozumieniu z wydziałem powiatowym wszelkie odpowiednie fundusze gmin i oddało roboty fachowym przedsiębiorcom, przez co w dwóch ostatnich latach zyskał powiat 17 nowych studni publicznych wierconych. Pocieszającem jest, że w sprawozdaniach czyta się coraz gęściej o nowych studniach z odpowiednią cembrzyną, cementową lub betonową. Nie wymieniając tych powiatów, w których pod tym względem w ostatnich latach Rada zdrowia stale zapisuje postępy, ograniczę się do wzmianki tylko o tych, gdzie zaopatrzenie w wodę ciągle jeszcze dużo pozostawia do życzenia, a postępy są powolne. W bohorodczańskiem bardzo złą wodę mają miasteczka z powodu wysokiego stanu wody gruntowej, znacznego zanieczyszczenia wierzchniej warstwy gruntu, »wadliwego umieszczenia studni i zupełnie niedbałego sposobu budowania«. Powiat borszczowski jest w trudnych warunkach z powodu bardzo niekorzystnych — według orzeczenia hydrotechnika — stosunków geologicznych; wydział powiatowy wstawia tam gminom do budżetów odpowiednie kwoty na budowę studni. W powiecie buczackim są dwie gminy, które wcale studni nie mają, w jednej każdy nieco większy wylew Dniestru wszystkie studnie zalewa, inne mają mało studni. W cieszanowskiem tylko 3 gminy mają dobrą wodę, inne złą, bagienną. Również w dobromilskiem jedna gmina nie ma ani jednej studni, 73 gminy używają do picia i użytku wody przeważnie z potoków. Trudne warunki geologiczne ma także powiat horodeński, który jednak usilnie stara się o zaradzenie brakowi wody. W powiecie jasielskim jest jeszcze 2902 takich studni, z których czerpią wodę naczyniami przyniesionemi z domu; powiat ten ma ogółem studni 3912, z tego tylko 20 wierconych, 85 z cembrzyną betonową, reszta cembrowana kamieniem lub drzewem. W jaworowskiem jest wprawdzie obfitość wody, ale ludność czerpie wodę przeważnie z potoków; to też dur brzuszny i czerwonka są tam endemiczne. Coś podobnego jest w powiecie kossowskim. W limanowskiem studnie budują przeważnie z nieszczelną kamienną cembrzyną, a chociaż wydział powiatowy uchwalił na budowę lepszych studni udzielać taniego kredytu, to jednak dotąd nikt się o taką pożyczkę nie zgłosił. W Lisku dopiero pod naciskiem starostwa przerabia rada miejska wadliwy wodociąg ze zbutwiałych rur drewnianych na lepszy, żelazny. W powiecie mościskim nowych studzien prawie nie przybyło. W nadwórniańskiem, gdzie znajduje się cały szereg letnisk podkarpackich, corocznie zdarza się, że kilka rodzin przechodzi ciężki dur albo dysenteryę, bo o budowie porządnych studzien nikt nie myśli. W przemyskiem całe gminy używają wody z potoków, w rohatyńskiem w 8 gminach na ogólną liczbę 100 dotkliwy brak wody, w ropczyckiem prawie trzecia część powiatu, nie wyłączając miasteczek, używa wody z rzek silnie zanieczyszczonych; w samborskiem przybyło tylko 17 studni; również złe stosunki panują w skałackiem, śniatyńskiem, starosamborskiem, stryjskiem, gdzie wszelkie usiłowania poprawienia stanu trafiają na opór ludności. W wadowickiem wprawdzie postępy są znaczne, dzięki rozumnej i konsekwentnej działalności wydziału powiatowego, wszelako sprawa zaopatrzenia w dobrą wodę Kalwaryi Zebrzydowskiej, gdzie gromadzi się po kilkaset tysięcy ludzi na odpustach, wcale nie postąpiła; zamiast przystąpić wreszcie do budowy wodociągu, którego plany od kilku lat są gotowe, a któryby jedynie mógł złemu zaradzić, próbowano kosztem funduszu krajowego kopać studnie, a spory ten wydatek do pożądanego wyniku nie doprowadził. W powiatach żydaczowskim i żywieckim studni mało, a gdzie są, są najczęściej źle zaopatrzone; w miasteczku Rozdole czerpie ludność wodę ze stawu, a gmina Wola Wielka w żydaczowskiem nie ma ani jednej studni i posyła po wodę do źródła, odległego o 2 kilometry.

Pocieszające jest tylko to, że, jak wynika ze sprawozdania, stopniowo coraz więcej wydziałów powiatowych zaczyna zajmować się sprawą wody, nakłaniać gminy do budowy studzien, udzielać pomocy bądź w gotówce, bądź w postaci kręgów betonowych itd. Wzrasta także liczba miasteczek, w których wodociągi są albo projektowane (Chrzanów, Nowy Sącz, Przemyśl, Rzeszów, Tarnów), albo których budowa w r. 1905 była w toku (Wadowice, Turka, Zakopane), lub ukończona (Czortków), lub wreszcie istniejące wodociągi rozszerzono. Godzi się wspomnieć, że w powiecie brzozowskim każda studnia ma tabliczkę z liczbą katastralną i prowadzona jest dokładna ewidencya czyszczenia i naprawiania studni. Niektóre wydziały powiatowe nabyły przyrządy do bicia lub wiercenia studni (np. Dolina). W powiecie gorlickim »nie potrzeba wywierać przymusu na ludność, bo ona sama dba o studnie« (w r. 1905 przybyło 290 studni).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Reformy sanitarne w Austryi. W komisyi budżetowej parlamentu oświadczył minister spraw wewnętrznych bar. Hardtl, że sprawy sanitarne uważa za jedną z najważniejszych gałęzi administracyi. Reorganizacya w sprawach sanitarnych jest konieczną i minister oświadcza, że stara się oddział sanitarny w ministerstwie spraw wewnętrznych uczynić możliwie niezawisłym i tak go rozwinąć, aby sekcyi sanitarnej przydzielono wszystko, co stoi w związku ze sprawami sanitarnemi, przedewszystkiem całą legislatywę i sprawy administracyjne, a także sprawy personalne. Największą wagę kładzie minister na to, aby centralny referent sanitarny miał tę powagę, której potrzeba do przeprowadzenia koniecznych reform. Co się tyczy Najwyższej Rady sanitarnej, zamierza minister powiększyć liczbę jej członków i utworzyć sekcye fachowe, w którychby mogły być załatwiane te sprawy, które nie należą bezwarunkowo do plenum. Co się tyczy organizacyi państwowego personalu lekarskiego, podnosi minister, że wszystko uczyni, co leży w jego mocy, aby spowodować polepszenie stosunków lekarzy państwowych. Dalej omawiał minister zadania departamentu sanitarnego i oświadczył, że w razie gdyby uchwalona przez komisyę Izby panów ustawa o zwalczaniu epidemii przyszła do skutku, przyczyniłoby się to bardzo do zwalczania epidemii. Na polu zwalczania gruźlicy utworzono specyalny fundusz, do którego z nadwyżek kasowych przydzielono 2,000.000 koron. Minister spodziewa się, że później będzie możliwe przeprowadzenie podwyższenia tej dotacyi. Z dotacyi na zwalczanie epidemii rozdano liczne subwencye na wybudowanie szpitali publicznych i separacyę oddziału gruźliczego. W sprawie zwalczania malaryi najważniejszem zadaniem rządu jest popieranie zarządzeń asanacyjnych, których przeprowadzenie jest rzeczą administracyi autonomicznej i jej praca na tem polu zasługuje na największe uznanie. Kredyt 180.000 koron na ogólne wydatki sanitarne jest już także wyczerpany i minister ewentualnie zażąda kredytu dodatkowego. Minister

wniesie dwie ustawy w przedmiocie stosunków personalu sanitarnego, mianowicie ordynacyi lekarskiej i ustawy o Izbach aptekarskich.

W dyskusyi zabrał głos m. i. poseł Prof. Głąbiński, podnosząc konieczność pomnożenia personalu urzędników sanitarnych w namiestnictwie galicyjskiem, założenia w roku przyszłym zakładu badania środków spożywczych we Lwowie i udzielenia subwencyi galicyjskiemu »Towarzystwu walki z gruźlicą«. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. V. do 22. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 5), Brzeżany (Kuropatniki 1), Buczacz (Płoszcza 4), Czortków (Bazar 10), Drohobycz (Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 3, Targowica 3, Czortowiec 16, Żywaczów 7, Głuszków 5, Obertyn 2, Niezwiska 2), Jarosław (Cieplice 4), Jaworów (Sarny 5, Lubienie 2, Bonów 3), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 3, Gwoździec stary 3), Lisko (Smolnik ad Baligród 3, Wola mihowa 1, Lutowiska 3), Mościska (Czerniawa 1), Nadwórna (Pniów 2), Sanok (Osławice 4, Czystohorb 1), Skałat (Kaczanówka 1), Śniatyn (Trościaniec 5, Rożnów 2, Hańkowce 3), Sokal (Hochołów 1), Zaleszczyki (Capowce 5). — Ospy w m. Krakowie 2, pow. Rzeszów (m. Rzeszów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. V. do 22. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy 12 (3), odry 3 (1), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), jaglicy 13 (10). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 16. V. do 22. V. 1909 zgłoszono przypadków: krztuśca 1, płonicy 13 † 1, odry 4. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 2. V. do 8. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 2 † 1, odry 1, płonicy 5, róży 3, duru plamistego 43 † 3, duru brzusznego 7 † 3, duru powrotnego 8, błonicy 7. (*Gaz. lek.* 21).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. V. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kostanecki zdał sprawę z czynności komisyi przeciwgruźliczej, Dr Eisenberg przedstawił 2 nowe sposoby barwienia prątków gruźliczych, Dr Radliński 2 przypadki z kliniki chir. (resekcya całej okrężnicy z powodu wgłobienia, resekcya kątnicy i 125 cm jelita biodrowego z powodu ran postrzałowych), prym. Dr Borzęcki przypadek zmian na nosie, klinicznie przyrody niepewnej, zapomocą odczynu Wassermanna rozpoznanych jako kiłowe, Prof. Lewkowicz przypadek gruźlicy, leczony tuberkuliną starą i nową i 2 przypadki, w których wstrzyknięto zmieszane IK Spenglera i tuberkulinę. Następnie Doc. Gliński miał wykład: »Dziedziczność a usposobienie anatomiczne w gruźlicy«. W dyskusyi nad wykładami Doc. Glińskiego i Prof. Ciechanowskiego uczestniczyli: Prof. Bujwid, Godlewski, Klecki, Dr Eisenberg i obaj prelegenci.

— Akademia Umiejętności mianowała swym członkiem korespondentem Prof. Dra Bądzyńskiego ze Lwowa, a członkiem czynnym zagranicznym, (którego wybór wymaga zatwierdzenia cesarskiego), panią Curie-Skłodowską w Paryżu.

— R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz mianowany został doktorem honorowym uniwersytetu w Louvain.

— Nagrodę z fundacyi X. Adama Jakubowskiego w kwocie 1400 koron przyznała Akademia Doc. Dr. Adamowi Wrzoskowi w Krakowie za monografię o Śniadeckim.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maurycy Haber rodem z Podgórza.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dziękuje Sz. Kol. Prymaryuszowi Drowi Borzęckiemu oraz Drowi Weinsbergowi za ofiarowane bibliotece książki.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— W Cieszynie powstaje park zabaw i gier dla dzieci polskich, na wzór parku Jordana, dzięki p. Adamowi Sikorze, zasłużonemu działaczowi, który ofiarował na park 5 morgów gruntu nad Olzą.

Lwów. Towarzystwo kolonii leczniczych dla dzieci wysłało w r. 1908 do Rymanowa 155 dzieci na 40 dni i wydało na ich żywienie 5.242 kor. Subwencyi otrzymało Towarzystwo 4.725 kor., wkładki członków przyniosły 292 kor. Majątek Towarzystwa (wraz z budynkami) wynosi 58.154 kor. Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu w zeszłym tygodniu wiceprezesem został wybrany Prof. Dr Jurasz, a członkami wydziału Dr Czarnik i Dr Opolski.

— Przeciwgruźlicza stacya leśna jest blizka urzeczywistnienia. Komisya Rady miejskiej, wśród której z lekarzy byli Prof. Kucera, Dr Mikołajski i Prof. Wiczkowski, objechawszy lasy miejskie, wybrała miejsce na stacyę w Hołosku. Stacya ma być otwarta już od czerwca; baraków dla chorych, kuchni i urządzeń dostarczy Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Koszt dzienny na jednego chorego obliczono na 1 kor.; na razie stacya ma być urządzona na 100 chorych.

— Towarzystwo budowy tanich mieszkań dla robotników, którego prezesem jest r. dw. Prof. Dr Rydygier, ma nadzieję rozpocząć wkrótce budowę pierwszego domu na nabytych już w tym celu gruntach. Towarzystwo liczy 49 członków.

Warszawa. W jesieni r. b. odbędzie się uroczysty jubileusz 45-letniej działalności zasłużonego na wielu polach Dra Henryka Dobrzyckiego. »Medycyna i Kronika lekarska«, przygotowując wydanie numeru jubileuszowego, prosi o nadsyłanie artykułów z zakresu medycyny wewnętrznej i balneologii przed 1. października b. r. Jubileusz będzie upamiętniony utworzeniem funduszu imienia Jubilata.

— Jubileusz 40-letniej pracy zawodowej Dra Henryka Lubowskiego, lekarza zdrojowego w Ciechocinku, odbył się 23. maja b. r.

Wilno. Lekarze wileńscy postanowili założyć kasę wzajemnej pomocy lekarzy. Projekt ustawy ma opracować komisya, złożona z Drów Jabłonowskiego, Czarkowskiego, Markowskiego. Hłaski, Raflsa, Kana i Szyldkreta.

Z różnych stron. Niemieckie Towarzystwo Hufelanda ogłasza konkurs na nagrodę Alvarenga w kwocie 800 marek za pracę na temat: »Die Blutdrucksteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Standpunkt«. Prace w języku niemieckim, opatrzone godłem, z zachowaniem zwykłych form konkursowych, nadsyłać należy w 2 egzemplarzach najdalej do 1 marca 1910 roku na ręce sekretarza Prof. Straussa (Berlin W. 50. Kurfürstendamm Nr 239). *X.*

Mianowani: Prof. Fick z Pragi profesorem anatomii w Innsbruku.

Zmarli: internista Prof. Hoffer v. Sulmthal w Gracu; dermatolog Prof. Besnier w Paryżu; pedyatra Prof. Ranke w Monachium w 79 r. ż.

Dr Ignacy Wierzbicki w Łudze (w gub. Petersburskiej); Dr Aleksander Grużewski w 43 r. ż. w Iwieńcu (gub. Mińskiej) na dur osutkowy.

Redakcya otrzymała: Janowski: Teodor Dunin. Wspomnienie pośmiertne. Warszawa 1909. — W. Reis: Operacya zaćmy w pierwszej połowie XVIII stulecia. Odb. »Tyg. lek.« 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1909:

Gazeta lek. Nr 18. Kozłowski St.: Jak się przedstawia mocz w świetle nowych badań. Bychowski (c. d.). — Nr 19. Bernhard i Drozdowicz: Psoriasis rupioides. Kozłowski (dok.). — Nr 20. Erbrich: O tracheo- i bronchoskopii. Bychowski (dok.). Kalinowski: Ciało obce w tchawicy. — Nr 21. Wertenstein: Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej. Erbrich (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18. M. i W. Biehlerowie: Badanie krwi w chorobach zakaźnych u dzieci. Wertheim: Przyczynek do dyagnostyki powikłań w zapaleniu wyrostka robaczkowego. — Nr 19. Szmurło: O ropnicach pochodzenia usznego i ich leczeniu. Biehlerowie (dok.). — Nr 20. Róbin: Badania doświadczalno-kliniczne nad działaniem nowego źródła wody ciechocińskiej Nr 10 w cierpieniach przewodu pokarmowego. Szmurło (c. d.). — Nr 21. Szmurło (c. d.). Róbin (c. d.).

Tygodnik lek. Nr 17. Biernacki: Przekarmienie a mineralna przemiana materyi. Reis (dok.). — Nr 18. Bocheński: Uwagi nad dekapsulacyą nerek przy eklampsyi. Biernacki (c. d.). — Nr 19. Bocheński (c. d.). Biernacki (dok.). Po-

czobut: Kilka słów w sprawie płonicy. — Nr 20. Poczobut: IV. Sprawozdanie o dyagnostycznem i prognostycznem znaczeniu różnic między ciepłotą ciała wewnętrzną i zewnętrzną, w szczególności w chorobach serca. Bocheński (dok.).

Nowiny lekarskie Z. 5. Serkowski: Nowe prądy w zakresie profilaktyki i bakteryologii gruźlicy. Wretowski: W sprawie t. zw. roznosicieli drobnoustrojów oraz ozdrowieńców długo wydzielających takowe. Karwowski (c. d.). K. Jarnatowski: Ciałka jaglicowe Prowazeka i Greeffa. Klęsk: Lekarz filantrop dawniej a obecnie. Bieliński (c. d.).

Postęp okulistyczny Zesz. IV. Żurkowski: Powierzchnie toryczne i zastosowanie ich do okularów. Wicherkiewicz: Zajęcie ócz w następstwie wietrznej ospy.

Kronika dentyst. Nr 5. Ordower: Umocowanie rozchwianych zębów. Wilga: W sprawie nieprawidłowego wyrzynania się zębów stałych.

Zdrowie Zesz. 5. Sokołowski A.: Wrażenia z wycieczki balneoklimatycznej w Wogezy i na Jersey. Dobrzyński: O miastach przyszłości (Garden cities).

Przegląd hig. Nr 5. Mołczański: Niedostosowanie konstrukcyi budynków mieszkalnych do klimatu jako zasadnicza przyczyna znacznej ilości zimnych mieszkań u nas.

Głos lekarzy Nr 9. Mikołajski: 1) Konflikt z kasą chorych w Drohobyczu. 2) Projekt zmian w Towarzystwie lek. gal. 3) Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich. — W sprawie organizacyi lekarzy okręgowych. — Nr 10. Mikołajski: 1) Po II. Zjeździe balneologów polskich. 2) Z wycieczki higienistów (c. d.). Gilnreiner: W sprawie organizacyi lekarzy okręgowych. W sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 2. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: IV. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Prof. Lewkowicz: Gruźlica u dzieci.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr Vlad. Koleta umieścił w Wien. klin. Wochenschrift 1909. Nr 16. z polikliniki w Pradze (Prof. Dr J. Hnatek) wyniki swych doświadczeń nad działaniem tego przetworu. Głównem polem działania są drogi oddechowe. Dla oceny właściwości tego środka nadaje się szczególnie dychawica oskrzelowa. Obfity materyał kliniczny obejmował wiele przypadków tego cierpienia, uporczywego wobec wszelkich dawniej stosowanych leków. Otóż pyrenol sprowadzał w lżejszych i cięższych przypadkach poprawę podmiotową. Są, rozumie się, także ciężkie przypadki tego przewlekłego cierpienia, w których pyrenol zawodzi. Nie należy też zaniedbywać zwykłego dotąd utartego leczenia. Z drugiej strony spostrzegano nieraz, że pyrenol działa tam jeszcze, gdzie inne leczenie było bezskuteczne. Przy rozedmie płuc i nieżytach oskrzeli oddawał pyrenol również dobre usługi. Brak działania szkodliwego na przewód pokarmowy stwierdzono przytem ponownie. Przetwory, mające zastąpić pyrenol, nie dały przy doświadczeniach wyników równie korzystnych.
Hr W.

Źródło Cachat w Evain (Francya) odkryte w r. 1790 nad brzegiem jeziora genewskiego, ulubione miejsce kąpielowe. Zawiera dwuwęglan wapnia i magnezyę, ciepłota 12° C., smak wody miły i orzeźwiający (woda stołowa). Działa wzmacniająco, niejako odtruwająco. Źródło to polecane głównie przy przewlekłej dnie, cierpieniach nerek, zaburzeniach przewodu pokarmowego i dróg moczowych, cierpieniach wątrobowych. Obrót roczny 10 milionów flaszek. *Ll. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Docent chir. Dr **Gabryszewski A.**, lekarz zakładowy.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź“.
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Połąga.

Dr **Sterczyński A.**, willa Romeo hr. Tyszkiewicza.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, Dom „Atyla“
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarrki.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Jankowski F.**, Fürstenstr. 5.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.
Dr **Wolfheim M.**, (z Warszawy) Reinhardstr. 1—3.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl“.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr.. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger“ VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza“.
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha“ Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart“.
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.